

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1899

N°

617

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le vendredi 21 juillet 1899, à 9 heures

Par HENRI CHATARD

Né à Clermont-Ferrand le 7 janvier 1876

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

RECHUTES DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE

CHEZ L'ENFANT

Président : M. GRANCHER, professeur.

*Juges : MM. } CHANTEMESSE, professeur.
 } MARFAN et LAUNOIS, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical.

PARIS

JOUVE ET BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1899

617

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1899

— THÈSE —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le vendredi 21 juillet 1899, à 9 heures

Par HENRI CHATARD

Né à Clermont-Ferrand le 7 janvier 1876

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

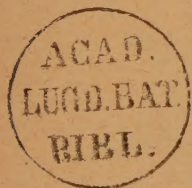
DES

RECHUTES DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE
CHEZ L'ENFANT

Président : M. GRANCHER, professeur.

*Juges : MM. } CHANTEMESSE, professeur.
 } MARFAN et LAUNOIS, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



PARIS

JOUVE ET BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

—
1899

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.	ROUCHARD.
Pat ologie médicale.	DEBOVE.
Pa ologie chirurgicale.	HUTINEL.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE
Histologie.	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS DUVAL
Matière médicale et pharmacologie.	TERRIER.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène.	LANDOUZY
Médecine légale.	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.	N.....
	CHANTEMESSE
	POTAIN.
Clinique médicale.	JACCOUD.
	HAYEM.
	DIEULAFOY
	GRANCHER.
Maladie des enfants.	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.	BERGER.
	DUPLAY.
Clinique chirurgicale.	LE DENTU
	TILLAUD.
Clinique ophthalmologique.	PANAS.
linique des maladies des voies urinaires.	GUYON.
Clinique d'accouchements.	BUDIN.
	PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.	DESGREZ	LEJARS	THIROLOIX
ACHARD	DUPRÉ	LEPAGE	THOINOT
ALBARRAN	FAURE	MARFAN	VAQUEZ
ANDRE	GAUCHER	MAUCLAIRE	VARNIER
BONNAIRE	GILLES DE LA	MENETRIER	WALLICH
BROCA (AUG.)	TOURETTE	MERY	WALTHER
BROCA (ANDRÉ)	HARTMANN	ROGER	WIDAL
CHARRIN	LANGLOIS	SEBILEAU	WURTZ
CHASSEVANT	LAUNOIS	TEISSIER	
DELBET	LEGUEU	THIERY	

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 179, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

MEIS ET AMICIS

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GRANCHER

Médecin des hôpitaux
Membre de l'Académie de médecine
Officier de la Légion d'honneur

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
RECHUTES DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE
CHEZ L'ENFANT

Dans la séance du 14 mars 1899, M. le Dr Henri Leroux attirait l'attention de la Société de pédiatrie sur les rechutes doubles dans la fièvre typhoïde chez l'enfant. A l'appui de son dire, il résumait deux cas observés par lui et considérait comme « tout à fait exceptionnels » les cas de rechutes dans la dothiéntérie infantile.

Leroux signalait le petit nombre de travaux publiés sur la question.

Dans la séance du 11 avril 1899, M. le Dr J. Comby reprenant la communication précédente, prétendait que des cas de rechutes de la fièvre typhoïde, chez l'enfant, étaient loin d'être aussi rares que le confrère déjà nommé l'avait supposé, et, il donnait une statistique tirée de sa pratique hospitalière de l'hôpital Trousseau et de l'hôpital des Enfants-Malades.

« Sur 120 observations personnelles de fièvre typhoïde, « que j'ai recueillies chez les enfants, dit-il, je n'ai pas

« rencontré moins de 35 rechutes, ce qui donne 30 pour
« 100. Parmi ces rechutes, il y en a eu 28 simples, 6 dou-
« bles et une sextuple. »

Ces rechutes se présentent avec ou sans complications
telles que : pleurésie, stomatite fétide, parotidite, etc.

Il résulte donc de cette communication que les rechutes de la fièvre typhoïde infantile sont beaucoup moins rares qu'on ne l'avait supposé d'abord.

C'est à la suite de ces deux publications récentes que nous avons entrepris de décrire, à l'instigation de notre maître, M. le Dr Comby, les quelques pages qui suivent. Nous avons eu la bonne fortune, aux cours des recherches qu'il nous a fallu faire, de recueillir un cas nouveau observé dans son service des Enfants-Malades.

Dans le travail que nous présentons aujourd'hui nous avons divisé le sujet de la façon suivante :

1^o Historique de la question.

2^o Etude de la rechute chez l'enfant.

a) Etiologie.

b) Causes.

c) Symptômes et diagnostic.

d) Rechute.

e) Complications et pronostic.

f) Traitement.

g) Conclusions.

3^o Observations.

Mais avant d'aborder notre sujet, nous croirions manquer à tous nos devoirs si nous n'exprimions pas ici nos

vif sentiments de reconnaissance à tous ceux qui nous ont guidés dans nos études.

Nous remercions les professeurs, et chefs de service de l'école de Clermont-Ferrand MM. Bidde, Dubois, Faurcain père et fils, Fourniol, Gagnon, Gautren, Gros, Huguet, Lepetit, Blanchard, Maurin, Tixier, pour le bienveillant intérêt qu'ils nous ont toujours porté, et en particulier M. le directeur Bousquet et M. le docteur Bordier agrégé de physiologie de la Faculté de Toulouse, qui furent pour nous non-seulement des maîtres bienveillants mais encore des amis dévoués. Nous les assurons, une fois de plus, de toute notre reconnaissance.

Que notre maître et ami le docteur Delpeuch, médecin de l'hôpital Cochin, nous laisse lui exprimer nos sentiments bien sincères de reconnaissance et d'affectueux, dévouement.

Nous exprimons à M. le docteur Bar, agrégé, tous nos remerciements pour la bienveillance qu'il nous a montrée durant notre stage à la Maternité de Saint-Antoine.

Monsieur le docteur Comby, médecin à l'hôpital des Enfants-Malades, nous a fourni le sujet de notre thèse et guidé dans ce travail. Nous ne saurions trop le remercier de l'intérêt qu'il nous a toujours porté depuis deux ans que nous avons l'honneur de suivre son service, qu'il veuille bien agréer la reconnaissance de son élève tout dévoué.

Monsieur le professeur Grancher nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse nous le prions de vouloir bien agréer l'assurance de notre respectueuse gratitude.

CHAPITRE I

Historique.

Avant d'aborder l'histoire de la question, il convient à l'exemple de Guyard de définir ce que l'on entend par *rechutes* au cours de la fièvre typhoïde.

De même que cet auteur, nous donnerons ce nom à un ensemble de symptômes reproduisant exactement la maladie qui vient d'évoluer. Toutefois il convient de remarquer que quelques légères différences pourront se présenter. Telles, par exemple, la durée de l'évolution, l'époque d'apparition du maximum fébrile ou de la chute de la température.

Parfois, cette seconde évolution viendra se greffer sur la première avant que celle-ci n'ait complètement évolué, auquel cas nous aurons les *rechutes subintrantes* de Jaccoud. Si au contraire, la seconde maladie évolue à la suite de la première, c'est-à-dire après un temps d'apyrexie de quelques jours seulement il y aura rechute simple. Si le même phénomène, se reproduit dans les mêmes conditions plusieurs fois de suite nous aurons les rechutes doubles, triples, sextuples etc. On comprend dans ce cas que plusieurs fièvres se succédant ainsi sans interruption

les unes seront simples, les autres subintrantes, ainsi qu'on peut le constater sur certaines courbes. Quelquefois la rechute avortera, nous aurons la *rechute ébauchée* suivant l'expression employée par notre maître Comby dans son service et nous en donnons plus loin un joli type.

Quelquefois encore la rechute se présente après un temps d'apyrexie relativement long, (50 jours dans un de nos cas, 30 jours dans l'autre). On les dénommera *rechute tardives*.

Ceci dit, abordons à présent l'étude historique de la question :

Ignoré par Petit et Serres (1), ainsi que par Louis dans la seconde édition de son travail sur la fièvre typhoïde (2) les deux observations xvii et xviii^e, rapportées par cet auteur n'étant pas convaincantes.

A la suite de ces deux auteurs, tous ceux qui ont étudié la dothiéntérie, sont loin d'être affirmatifs.

Valleix à leur suite va même jusqu'à croire que cette maladie est exempte de récédive et de rechute. « La fièvre typhoïde, écrit-il, ne se montre qu'une seule fois, elle fait époque dans la vie de l'individu ».

Il faut arriver jusqu'à Taupin qui, en 1839, observe des

1. PETIT ET SERRES. *De la fièvre entéro-mésentérique*, 1872.

2. LOUIS. *Recherches anatomiques, pathologiques et thérapeutiques sur la maladie connue sous les noms de fièvre typhoïde putride, adynamique, ataxique, bilieuse, muqueuse, gastro-entérite folliculeuse, dothiéntérie etc. comparée avec les maladies aiguës les plus ordinaires*. V. édition Paris, P. C. Baillière, 1841.

cas de rechutes qu'il considère comme des anomalies de la maladie.

« J'ai noté deux fois, écrit-il, une anomalie singulière de la marche de la dothiéntérie, je veux parler des récidives. Dans le premier cas, un garçon de 13 ans, convalescent au dix-septième jour, qui mangeait avec appétit, se levait dans la salle, n'avait plus ni fièvre ni diarrhée, fut repris, après dix jours d'un état satisfaisant, de tous les symptômes qui caractérisent la fièvre typhoïde : fièvre, vomissements, diarrhée, céphalalgie, douleurs au ventre, gargouillement, éruption de taches lenticulaires, de sudamina, catarrhe pulmonaire, etc... Cette seconde fièvre typhoïde, traitée comme la première par les purgatifs ne dura que onze jours et se termina par la guérison.

Un autre garçon, âgé de 11 ans, guéri au trente-et-unième jour de sa maladie, revint à l'hôpital onze jours après sa guérison, cinq jours après sa sortie, présentant les mêmes symptômes qu'à sa première entrée, fièvre, céphalalgie, diarrhée, gargouillement, météorisme, éruption lenticulaire, sudamina et bronchite.

La récidive dura cette fois vingt-cinq jours, et se termina par la guérison, la première avait été traitée par les purgatifs, la seconde le fut par les émissions sanguines locales et par les opiacés » (1).

Ces faits que Taupin considère comme étant des récidives sont assurément des rechutes.

1. TAUPIN. *Journ. des connaissances médicales*, 1839.

L'attention étant attirée sur ce point, les auteurs ont rapidement signalé quelques cas de rechutes :

Stewart de 1838 à 1839 signale trois cas dont un a été suivi de mort (1).

En 1841, Rilliet et Barthez signalent à leur tour deux cas (2) auxquels ils en ajoutent un troisième en 1861 (3). Ces trois cas se terminant par la guérison.

En Allemagne, Griesinger signale l'existence de la rechute qu'il appelle récidive, et en donne la lésion anatomique (4), en disant :

« Dans des cas de vraies récidives, on voit à côté d'altérations intestinales évidemment anciennes, d'autres altérations dont la formation est récente. »

Peu après, Thierfelder, publie sept observations qu'il nomme également des récidives et dont une seule fut suivie de mort (5). A la même époque.

F. Barbrau, alors interne de Beau, à l'hôpital Cochin, publia un mémoire dans lequel sont relatés quatre faits de rechute. Les trois premiers, personnels à l'auteur, sont absolument concluants ; quant au quatrième, communiqué par M. Parrot, sa réalité nous semble moins réelle.

Dans ce mémoire, l'auteur n'insiste ni sur la nature, ni sur la pathogénie de ces faits, il n'établit nullement l'exis-

1. STEWART. *Edimburg medical and surgical journal*, vol. LIV.

2. RILLIET et BARTHEZ. *Journ. comm. méd.*, 1841.

3. id. *Traité chimique et prat. des maladies des enfants* (2^e édit. 2^e tirage, 1861, t. II, p. 691).

4. GRIESINGER. *Virchow's Handbuch*, 1847.

5. THIERFELDER. *Arch. f. Chyr. Heilkunde*, 1855, T. XIV, p. 173.

tence ou la non-existence d'une relation entre les deux manifestations typhoïdes successives (1).

L'année suivante, Hirsch signale un cas et voit, dans la rechute, la conséquence d'une affection primitive trop bénigne (2).

Fuchs enfin signale dans des considérations cliniques publiées à Gottingue, à peu près à la même époque, une observation de fièvre typhoïde à rechute, dans laquelle il observe un pouls dichrote.

Il faut arriver jusqu'en 1859 pour trouver un mémoire de A. Michel, (3) fait à l'instigation de Charcot, dans lequel l'auteur créé pour cette sorte de nouvelle maladie si étroitement liée à la première, le terme de *réversion*, qu'il définit ainsi :

« La *réversion* tout à la fois de la rechute et de la récidive, elle peut prendre l'une ou l'autre de ces dénominations, suivant le temps qui s'est écoulé entre elle et la première maladie.

Pour lui il n'y a donc pas d'autre différence entre les deux ordres de faits que la durée qui sépare les deux atteintes ;

Il admet une transition insensible, entre : 1° les faits dans lesquels il y a simple intermittence des accidents entre les deux manifestations : 2° Ceux dans lesquels la rechute ne se fait qu'après trois semaines ou un mois ; 3° Ceux enfin qui sont de vraies récidives survenant après des mois, des années. La relation n'existe qu'entre les

1. F. BARBRAU. Des rechutes de la fièvre typhoïde, 1856. *Gazette des Hôpitaux*.

2. HIRSCH. *Klinische Fragmente*, 1857, p. 48.

3. MICHEL. *Union médicale*, 1859.

deux premiers ordres de faits cités par Michel. Tous deux en effet, sont la manifestation d'une seule et unique infection typhique, tandis que le troisième ordre de faits résulte d'une infection nouvelle. Il nous semble impossible d'admettre qu'une fièvre typhoïde survenant plusieurs années après une première atteinte, soit la manifestation d'une imprégnation typhique aussi ancienne ; or, c'est cependant ce qui est écrit par Michel : « La récurrence vraie ne doit être considérée que comme une réversion survenant plus ou moins longtemps après la fièvre typhoïde primitive.

Ces rechutes vraies coïncident soit avec des lésions intestinales nouvelles, se développant toujours sous l'influence d'une seule et même intoxication, soit avec des lésions anciennes des follicules intestinaux, dont le travail de cicatrisation a pu être arrêté.

En 1859 Loué (1) dit à propos des rechutes de la fièvre typhoïde :

« La récurrence vraie ne doit être considérée que comme
« une réversion survenant plus ou moins longtemps après
« la fièvre typhoïde primitive ».

Griesinger (2), un peu plus tard consacre un chapitre à l'étude des rechutes de la fièvre typhoïde dans lequel essaie de voir la véritable explication de ces rechutes dans la marche de la maladie elle-même.

A l'exemple du précédent, Grisolle (3), consacre un chapitre spécial à l'étude des rechutes.

1. LOUÉ. *Th. Paris*, 1859.

2. GRIESINGER. *Traité des maladies infectieuses*, 1864.

3. GRISOLLE. *Traité de pathologie interne*, 1869.

La même année, Bollenat, dans sa thèse, explique ces irrégularités par des fluxions plus ou moins passagères propres à la maladie elle-même et considère de ce fait même les recrudescences quelquefois observées à la fin de l'affection comme étant des rechutes. Ce que nous ne saurions accepter (1).

Le 10 décembre 1869, Lorain signalait deux nouveaux cas de rechutes et soulevait une discussion à la société médicale des hôpitaux. Plusieurs théories ont été émises dans cette séance nous y reviendrons plus loin (2).

C'est à la suite de cette discussion que C. Paul montre ce que l'on doit entendre exactement par rechutes en s'appuyant uniquement sur la courbe thermométrique.

Woillez, parlant de l'idée de Valleix, dit que la fièvre typhoïde ne peut atteindre deux fois le même sujet et a porté le diagnostic de phtisie à propos d'une malade de son service. Ce n'est que l'évolution de la maladie et la guérison du patient qui lui ont permis de reconnaître son erreur (3). « Cette malade, dit-il, guérit lentement, ce
« qui me montra que j'avais porté un diagnostic erroné
« en qualifiant dans les premiers temps, la maladie de
« phtisie aiguë, me fondant sur l'existence antérieure de
« la fièvre typhoïde, pour rejeter l'existence d'une réci-
« dive dont je n'avais pas encore vu d'exemple. »

Wunderlich se rapproche davantage de ce que nous connaissons actuellement. Il signale déjà le pronostic moins sombre de ces rechutes et montre qu'elles se peu-

1. BOLLENAT. *Th. Paris*, 1869.

2. LORAIN. *Bull. soc. aud. Hôpitaux*. 10 décembre 1869.

3. WOILLEZ. *Dict. de diagnostic méd.* 1870.

vent montrer avant la fin de l'évolution de la première atteinte et se porter sur tel ou tel point de l'organisme resté intact jusque-là.

Dans la planche II de son ouvrage, il donne une magnifiquc courbe de rechute (4).

Un fait analogue est cité par M. Jaccoud dans son *Traité de pathologie interne* (1870).

C. Carville rapporte le cas d'un homme qui fit une rechute précoce et en mourut (2).

Bourneville rapporte intégralement cette observation dans un ouvrage qu'il a ultérieurement publié (3).

Outre deux cas rapportés par Cornil (4) un cas de rechute a été observé (5) par M. Potain, en 1821 nous trouvons dans le manuel de Despine et Picot une vraie rechute de fièvre typhoïde séparée par un intervalle de neuf jours.

Dans les comptes-rendus de chaque année publiés dans les bulletins de la société médicale des hôpitaux par M. le Dr Besnier, on rencontre les observations suivantes :

M. Bourdon (1869) a observé un cas de rechute à courte échéance terminé par la mort ; dans le même rapport le

1. WUNDERLICH. *De la température dans les maladies*, 1872.

2. C. CARVILLE. *De la température dans la fièvre typhoïde*. Th. Paris, 1872.

3. BOURNEVILLE. *Notes, observations cliniques et thermométrique sur la fièvre typhoïde*, 1873.

4. CORNIL. *Bulletin de la société méd. d'observation* 1863, Société médicale des hôpitaux, 1872.

5. POTAIN. *Journ. med. et chirg. pratique*, janv. 1873. T. XLIV, art. 9438,

D^r Machelard signale une rechute à courte échéance survenue deux mois après.

M. le professeur Gubler, en novembre et décembre de la même année, observa un cas de rechute qui survint quinze jours après la convalescence. La rechute fut plus grave, mais malgré cela elle n'eut qu'une durée de quinze jours et le malade guérit.

En août 1871 M. Laboulbène signala deux cas de rechute dont l'une légère et l'autre grave : les deux cas furent suivis de guérison.

En décembre 1872 M. Isambert observa deux cas de rechutes dont la terminaison fut fatale.

A propos de l'épidémie qui sévit à Paris, en juin 1873, M. Colin signale la fréquence des rechutes.

Féréol, en 1884, rapporte également un cas survenu au cours d'un rhumatisme articulaire aigu, avec manifestation cardiaque.

Guyard, auquel nous empruntons la majeure partie de ces indications signale également l'existence d'une thèse faite à Sena, en 1876, sur les récidives de la typhoïde.

Cette indication est vague et malgré nos recherches nous n'avons pu trouver le mémoire auquel cet auteur fait allusion.

En 1876, paraît la thèse de Guyard (1) qui, faite sous les auspices de Cadet de Gassicourt dont il était l'interne, renferme des documents très précieux.

Il étudie d'abord la pathogénie de la maladie et mon-

1. Guyard. *Etude sur la fièvre typhoïde à rechutes*. Th. Paris, 1876.

tre, en s'appuyant sur des observations très complètes, que l'affection peut évoluer par poussées successives.

Il définit nettement (p. 43) ce que l'on doit entendre par rechute. « Dans les premiers (cas de recrudescence), « dit-il, la température se relève avant d'être arrivée à « la normale, dans la rechute au contraire elle ne se relève qu'après être restée normale plusieurs jours (p. 43).

Pour Lorain la rechute n'est qu'une récidence à courte échéance.

« Il ne s'agit pas là, disait-il, d'une deuxième maladie, « mais bien de deux formes typhoïdes accolées qui se « montrent et évoluent successivement.

Guyard n'accepte pas cette idée.

Il combat également l'idée d'Hervieux qui voit dans la fièvre typhoïde un empoisonnement et suppose que le milieu aidant, le malade peut prendre à nouveau la même maladie pendant la convalescence.

Cette discussion nous amène à parler d'une nouvelle théorie qu'à coup sûr certains médecins pourraient invoquer, c'est celle de la septicémie intestinale, émise et développée avec talent par G. Humbert pour expliquer certains faits de fièvres typhoïde et surtout admise par lui comme phénomène secondaire dans la fièvre typhoïde : « L'intestin, dit-il, renfermant pendant la fièvre typhoïde des substances septiques, ces substances peuvent être absorbées et devenir la source d'un empoisonnement secondaire : la maladie puise donc chaque jour de nouvelles forces dans le foyer putride que l'individu porte en lui-même. » Cette théorie ne nous semble pas applicable à la rechute, car celle-ci survient le plus souvent après la disparition com-

plète des symptômes intestinaux, alors que la diarrhée n'existe plus, que les selles ont perdu toute leur fétidité, alors enfin que rien ne permet de croire à la putridité des sécrétions intestinales.

A la suite de cette séance de la *Société médicale des hôpitaux*, M. Constantin Paul chercha à établir par des études thermométriques seules, ce que l'on doit appeler rechute. Le mémoire, qu'il lut à la société, renferme cette conclusion, que la rechute est établie par la reproduction thermique de la période de déclin, et que ce mot indique la reproduction d'une partie seulement de l'évolution de la maladie. Pour lui, si la courbe thermique caractéristique de la fièvre typhoïde est complète, on a affaire à une récidue ; si au contraire, la période d'état et la période de déclin sont seules reproduites par le tracé, ce sera une rechute. Le nombre plus ou moins considérable de période reconnu par la courbe thermométrique ne nous semble pas constituer à lui seul une base suffisante pour la distinction des deux termes.

Telles sont les diverses opinions émises sur la fièvre typhoïde à rechute et sur sa pathogénie.

Guyard a étudié ensuite l'anatomie pathologique du sujet et la symptomatologie de la rechute dans laquelle il retrouve les trois périodes classiques.

Puis, passant rapidement à l'étude des complications de la fièvre typhoïde en cours de rechute, il en étudie la marche et la durée.

Il note également la fréquence et le pronostic de ces rechutes, et abordant l'étiologie et le traitement, il apporte en faveur de sa théorie une série considérable

de cas observés par lui. Il ne fait que signaler la possibilité de rechutes multiples et rapporte un cas observé par Bucquot en 1870.

A partir de cette époque, paraissent, aussi bien en France qu'à l'étranger, un certain nombre de mémoires, ou d'articles de journaux dont on trouvera la liste très détaillée dans le travail de Narboni, travaux démontrant tous la rechute possible de la fièvre typhoïde. Toutefois on doit remarquer que la plupart de ces observations portent sur des adultes et que bien peu ont été faites sur les enfants.

En 1883, Hutinel, dans sa thèse d'agrégation (1) reprend la question et résume les idées émises avant lui.

Dans ce mémoire, l'auteur après avoir observé la défervescence en lysis et la chute quelquefois brusque de la température, aborde les accidents de la convalescence.

Le chapitre 10 est consacré aux rechutes. Nous allons brièvement l'analyser.

Je renvoie au mémoire d'Hutinel en ce qui concerne les autres indications bibliographiques.

Dans la seconde partie du travail, il étudie ainsi la maladie elle-même :

Définition. — La rechute ne peut être constatée qu'avec le thermomètre. C'est une reprise après une apyrexie de plusieurs jours.

Etiologie. — C'est encore le *quid ignotum* !

Elle se produit aussi bien chez l'enfant que chez l'adulte et chez la femme que chez l'homme.

1. HUTINEL. *Etude sur la convalescence et les rechutes de la fièvre typhoïde*. Th. d'agrégation, 1883.

On a voulu l'attribuer à une erreur de régime ? Le fait est douteux.

Conclusions. — Pas de causes occasionnelles de cette seconde poussée de la même infection.

L'anatomie pathologique n'apporte aucun fait nouveau.

Symptôme. — 1° Phase de la typhoïde ; 2° apyrexie ; 3° ascension de température brusque et maximum d'emblée, taches rosées habituelles et multiples, *et plus rapides à paraître que la première fois.*

Rechutes régulières et irrégulières : la courbe n'est pas caractéristique.

Rechutes multiples. — Ce sont des attaques successives, de courte durée, avortées, en quelque sorte.

Griesinger a observé 2 rechutes ; Wunderlich, 3 rechutes, Bucquoy, Tuckwel, 2 rechutes, Irvine, 2-3-4 rechutes, Leroux, 2 rechutes, Hallopeau 4.

Si les rechutes, se répètent sous forme atténuée, cela nous rend compte des cas dans lesquels on voit la fièvre typhoïde traîner en longueur, et se prolonger au-delà des limites habituelles.

Diagnostic, pronostic, bénins. Ainsi Irvine n'a pas vu de rechute mortelle. L'état du malade intervient, en cas d'adynamie.

Complications. — M. Hutinel cite 29 obs. de Cornil, Brouardel, Guyard, où l'on a vu de l'œdème de la glotte, des perforations, de l'hémorrhagie (Hutinel), des périostites, de l'anasarque et de l'albumine (Guyard), des abcès, des gangrènes, des orchites, des thromboses, des ménin-

gites cérébro-spinales suppurées, la mort elle-même (Hutinol, Jaccoud).

Ces complications n'ont rien de spécial aux rechutes.

Lorain, Hervieux, Griesinger admettaient une infection nouvelle.

Depuis Murchinson on admet une contagion nouvelle dans la récédive seule.

Leur atteinte conférant l'immunité on admet une seule et même infection évoluant en plusieurs actes.

Ces formes évoluent d'une façon variable, elles sont lentes et continues, d'autres fois on a une défervescence et une reprise de la fièvre : c'est la forme lente à *recrudescence*, à *dépression moyenne*, de Cadet de Gassicourt. Il y a deux phases, la première était sans période d'apyrexie complète.

De ces formes à la forme à rechutes il y a bien peu de distance. Si l'on accentue la dépression moyenne, si on la prolonge, ce sera la rechute.

Néanmoins, se sont des modalités cliniques différentes entre la recrudescence et la rechute. Dans les deux cas c'est la même infection qui se réveille. Si l'on fait intervenir une entérite, ce n'est pas la vraie rechute *mais une simple fièvre symptomatique*. Quant à la *relapsing fever* de Raynaud, l'analogie n'est qu'apparente. Ce ne serait qu'une maladie voisine ?

Nous renvoyons de nouveau à Narboni, pour ce qui concerne la bibliographie des ouvrages publiés depuis 1883 jusqu'à 1890, et traitant plus ou moins bien la question. Le cadre que nous avons assigné à ce travail est trop

restreint pour que nous puissions leur donner le développement qui leur conviendrait.

Il faut arriver à Juillet 1890 pour trouver une communication de Chantemesse à la société médicale des hôpitaux.

Dans cette séance, l'auteur recherche combien de temps le bacille de la fièvre typhoïde peut vivre dans le corps, en manifestant sa présence sous forme d'ostéo-périostites ou de suppurations quelconques.

On le rencontrerait pendant plus de 3 ans chez un homme. Le Dr Ortoff signale également un fait analogue (Vratch. 1889).

Dans un autre cas le bacille aurait persisté pendant plus de 8 mois chez une jeune fille, observation assez vague dans laquelle la moelle osseuse aurait été intéressée (1889).

Chantemesse signale le même jour un malade observé en 1890 que les rechutes tiennent alité depuis plus de 5 mois.

A ce propos Rendu rapporte avoir observé un cas de rechute triple durant 3 mois.

Netter, a vu cinq rechutes tenant pendant 6 mois le même individu alité.

En 1891, Rillet et Barthez (1) considèrent la récurrence comme une maladie nouvelle tandis que la rechute serait la suite de la même maladie. Il y aurait dans ce cas une analogie complète avec la première atteinte.

La reprise serait due à un réveil du principe morbide après une évolution incomplète. Il y aurait simplement d'après ces auteurs une modalité différente.

1. RILLIET et BARTHEZ. *Traité des maladies de l'enfance*, III. Edition, 1891.

La rechute se voit plutôt dans les fièvres moyennes ou légères, tandis qu'elle serait rare dans les fièvres graves.

Sa durée est généralement longue.

Sur 32 cas observés, ils auraient eu 13 légers, 10 moyens, 9 graves et 3 mortels c'est-à-dire une mortalité de 1/11.

Ces auteurs acceptent l'opinion de Guyard qui a observé un minimum de neuf jours et un maximum de 19 jours, ce qui fait une durée moyenne de 12 à 14 jours. Griesinger signale la possibilité d'une seconde rechute. Rilliet et Barthez signalent également deux faits qualifiés rechutes. Ce sont ces deux faits que Leroux a signalés à la Société de Pédiatrie, en 1899.

Radoin Ziwer (1), en 1892, étudie la fièvre typhoïde chez les enfants et base son opinion sur dix observations personnelles prises à Lyon.

Dans son historique, il rappelle l'opinion de Maurice Raynaud qui n'admet pas la rechute de la fièvre typhoïde mais voit dans ces rechutes une succession de fièvres à rechutes, voisines de la typhoïde (*Relapsing fever*).

D'autre part, il se contente de citer ses auteurs sans les analyser. Il devient dans ce cas fort difficile d'apprécier ce qu'il leur emprunte à un moment quelconque de son travail.

Résumant ce qu'il a écrit; il divise l'étude des rechutes en 3 périodes :

« En somme, dit-il, si, pour récapituler, on jetait un coup d'œil sur cet historique, on pourrait le diviser en trois périodes :

1. RADOIN ZIWER. *Des rechutes dans la fièvre typhoïde chez les enfants d'après 25 observations nouvelles*. Th. Lyon, 1892.

1° La première période date du commencement de ce siècle. Perrin la fait remonter plus loin, car, d'après lui, Røederer et Wagler auraient vu des rechutes dans l'épidémie de Goettingue, en 1762. Dans cette période qui s'arrête à 1840, les rechutes ont été simplement signalées.

2° La deuxième période commence avec les travaux de Taupin, 1839, et Rilliet, 1840, et finit avec la discussion qui eut lieu à la Société médicale, en 1869. Cette période est caractérisée par la confusion entre les récidives, les rechutes et les recrudescences, qui sont cependant de mieux en mieux étudiées.

3° La troisième période comprend tout ce qui a été fait depuis 1869 jusqu'à nos jours. Dans cette période, la rechute se distingue nettement de la récidive et de la recrudescence. Elles sont toutes mieux étudiées et enregistrées avec beaucoup plus de soin.

Dans son second chapitre, intitulé étiologie, il recherche la fréquence en général et chez les enfants en particulier et établit la statistique suivante :

Startk.	donne pour	100 cas	7 rechutes	
Rilliet et Barthez.	—	111	— 3	—
Perret et Devic.	—	81	— 4	—
Hénoch	—	152	— 22	—
Montmollin	—	295	— 29	—
Gerhardt	—	4434	— 280	—
Ziwer	—	441	— 25	—
		5614	370	—

Soit une moyenne 6,5 0/0.

Tripier et Bouveret donnent 4,50 0/0, ce qui dit-il, prouve « que les rechutes, sont un peu plus fréquentes « chez l'enfant que chez l'adulte.

« Cette remarque n'est pas de date récente et tout le monde est d'accord maintenant sur ce point ».

Recherchant alors les causes de fréquence, il repousse l'opinion de Giraud qui attribue la rechute aux écarts de régime. Il semble au contraire accepter l'hypothèse de Baginsky qui pense que le terrain est moins épuisé par la maladie, ce qui confirme cette phrase de Cadet de Gassicourt : « La rareté des cas fatals est dû à la rareté « de l'état de débilité à cet âge au moment de l'invasion ». Il insiste sur la fréquence des rechutes dans les formes légères. Il donne alors la statistique suivante ;

2 fois 15 ans	2 fois 14 ans
5 — 13	4 — 12
4 — 11	4 — 10
2 — 9	2 — 8
1 — 5	1 — 3

D'après Montmollin, les filles seraient plus atteintes que les garçons. Ziwer n'a pas d'opinion. Il incrimine d'une façon détournée le traitement de Brand.

Etudiant ensuite les causes des rechutes après avoir invoqué l'opinion de ses prédécesseurs dans cette étude, il se rattache à l'avis de Cadet de Gassicourt qui dit : « La rechute n'a pas de causes puisqu'elle est une « manière d'être de la maladie et non un accident. »

Dans son chapitre III, il étudie les symptômes et le diagnostic, nous aurons occasion de revenir sur ce point.

Dans le chapitre IV, il cherche à connaître la nature de la rechute. Nous reviendrons également plus loin sur cette question, ainsi que sur le traitement qui fait l'objet du chapitre VI.

Enfin après avoir rapporté dix observations sur les vingt-cinq qu'il a eu l'occasion d'observer il conclut :

1° Les rechutes sont un peu plus fréquentes chez l'enfant que chez l'adulte (6,5 pour 100 ; 4,5 pour 100).

2° Elles n'ont pas de cause directe, mais tout ce qui peut atténuer les manifestations typhiques est capable de leur donner naissance en produisant une sorte d'engourdissement dans l'évolution de la dothiéntérie, d'où la rechute.

3° Rien, dans la marche de la maladie, ne permet de prédire sûrement la rechute.

4° Les rechutes se produisent généralement dans les formes légères ; mais l'inverse peut avoir lieu.

5° La première invasion et la rechute peuvent avoir des intensités égales ou différentes ; mais cette dernière est en général plus légère.

6° L'atténuation des symptômes qui constitue la période intercalaire ne peut pas être considérée comme une guérison momentanée, car les lésions, quoique latentes, se traduisent par des irrégularité du tracé et quelques modifications légères de l'état général.

7° Plus que chez l'adulte encore, les symptômes des rechutes sont rarement au complet chez l'enfant.

Souvent la fièvre est presque le seul signe de la rechute.

8° Le pronostic des rechutes est plus bénin chez l'en-

fant que chez l'adulte ; les cas fatals sont des exceptions.

9. On peut baigner les rechutes, malgré leur bénignité ; car la réfrigération est une arme sûre sans danger.

D'après Jaccoud (1), la rechute serait plus fréquente au cours des récidives.

Sur un chiffre de 9.09 0/0, il observe :

Rechutes tardives ; 11 à 15 jours.

— précoces ; 2 à 3 jours.

— subintrantes.

Subintrante (1884). La rechute commence alors que la défervescence touche à son terme, la fièvre se montre par ascension graduelle, mais plus rapide et quelquefois brusquement.

Les taches sont précoces. Elles apparaissent du 3^e au 5^e jour.

On assiste à une reproduction de la maladie d'une durée moindre.

Les rechutes doubles sont assez fréquentes.

Les triples sont plus rares. (Bucquoy, Irvine, Buckel, Schultz, de Hambourg), Jaccoud, 1886.

Elles peuvent être quadruples. (Hallopeau, Carslow, Wavoff), et même quintuple, Jaccoud, 86.

La rechute est une modalité particulière de la maladie qui évolue en deux ou plusieurs étapes. Elle rappelle le typhus récurrent.

Les microbes sont cultivables après plusieurs mois.

La même année paraît la thèse de Narboni, surtout re-

1. JACCOUD. *Bull. méd.* 1894.

commandable à cause de sa bibliographie, mais traitant surtout de la récédive chez les adultes (1).

En 1895, G. Coulon (2), rapporte un cas de rechute, accompagné d'hémorrhagie intestinale, chez un enfant de trois ans. La malade a témoigné de sa rechute après 16 jours de calme. En 10 jours les symptômes très alarmants sont jugulés et 16 jours plus tard l'enfant partait à la campagne achever sa convalescence.

La question s'étudie. Leroux (3) soulève à la société de pédiatrie une discussion sur ce point à propos de deux cas observés par lui, le premier chez une fille, le second chez un garçon. Il s'agit de rechutes doubles.

C'est à la séance suivante que notre maître J. Comby (4) lui répond par une statistique basée sur 35 cas de sa pratique hospitalière.

Enfin disons pour terminer que les classiques les plus récents sont muets sur ce point de pathogénie infantile.

T. Legry (5), dans le *Manuel de Médecine* se contente d'écrire.

1. NARBONI ALBERT. *Considérations sur les récédives de la fièvre typhoïde*. Th. Paris, 1894.

2. G. COULON. Fièvre typhoïde chez un enfant de trois ans; hémorrhagie intestinale; rechute. *Médecine infantile*, 1895, n° 4, p. 213.

3. HENRI LEROUX. Note sur les rechutes doubles de la fièvre typhoïde. *Soc. pédiatrie*, Paris, 1899, p. 32.

4. J. COMBY. Rechutes de la fièvre typhoïde. *Soc. pédiatrie*, 11 avril 1899, p. 49.

5. T. LEGRY. Fièvre typhoïde, in. *Manuel de Médecine de Debove et Achard*, 1877. T. VIII, p. 337.

« Les rechutes seraient plus fréquentes dans la fièvre typhoïde de l'enfant d'après quelques auteurs. »

Dans le dernier travail paru sur la fièvre typhoïde, celui de Chantemesse (1) l'auteur est très bref sur cette question. Nous reproduisons d'ailleurs *in extenso* les quelques pages qu'il a consacrées à cette étude.

« *Recrudescence. — Rechute. — Récidive.* — Ce sont « trois états parfaitement distincts, et que les travaux de « Bouchut, Jaccoud, Hutinel, Potain nous ont bien fait « connaître.

« La recrudescence ou réitération se caractérise essen- « tiellement par une surélévation thermique, pendant la « période de défervescence, avant que la température ne « tombe à 37°. Cette surélévation peut être transitoire, « ou bien plus ou moins durable.

« La rechute ou *réversion* (Jaccoud) diffère de la re- « crudescence : la température est à 37° depuis deux, trois, « quatre ou cinq jours, lorsqu'on la voit remonter progres- « sivement, se maintenir élevée un certain temps, puis « remonter à la normale. La rechute est d'ordinaire plus « courte et moins grave que l'infection primitive, mais non « toujours (Jaccoud) : elle se produit surtout à la suite de « cas légers, et souvent chez l'enfant. Elle s'accompagne « d'une nouvelle éruption de taches rosées.

« Le signe précoce et le plus sensible de la rechute est « la réapparition de la réaction diazoïque de l'urine, réac- « tion qui s'était déjà effacée.

« Mais, si avant toute rechute, on examine attentivement

1. A. CHANTEMESSE. Fièvre typhoïde, in Bouchard, Brissaud. *Traité de médecine*, 1899. T. II, p. 163.

« le malade, on constate assez souvent que la déferves-
 « cence n'est pas franche, la température vespérale dépas-
 « sant toujours 37° de quelques dixièmes. La rate est res-
 « tée hypertrophiée, les urines peu abondantes, et le pouls
 « fréquent. Le patient éprouvait encore quelques troubles
 « digestifs, parfois de la céphalalgie.

« Le nombre des rechutes est variable suivant les épi-
 « démies.

« Dans ma statistique, sur 196 cas, j'ai observé 14 re-
 « chutes, soit un peu plus de 7 pour 100. Ces rechutes
 « étaient survenues après un temps d'apyrexie parfois très
 « court, 24 heures, et parfois long, 38 jours. Envisagées au
 « point de vue de leur apparition après la chute de la fiè-
 « vre, elles se répartissent ainsi :

3 cas de rechutes après 1 jour d'apyrexie.

1	—	1	—
2	—	4	—
1	—	5	—
1	—	6	—
1	—	8	—
2	—	10	—
1	—	16	—
1	—	20	—
1	—	38	—

« La durée de ces rechutes a été variable :

Dans 1 cas la rechute a duré 4 jours.

— 1	—	5 —
— 1	—	7 —
— 2	—	8 —
— 1	—	9 —
— 1	—	11 —
— 2	—	12 —
— 2	—	13 —
— 2	—	15 —
— 1	—	16 —

« L'immunité de l'homme contre le bacille typhique ne
« s'acquiert que lentement. Aussi peut-on observer des re-
« chutes multiples, 3 (Irvine), 4 (Hallepeau, 5 (Jaccoud).

« J'ai moi-même cité l'observation d'un malade (1) dont
« la fièvre, par des rechutes subintrantes, a duré 5 mois.

« Les causes des rechutes sont multiples et encore mal
« connues. Quand une fièvre typhoïde est en train de guérir
« cela ne veut point dire que le malade ait acquis désormais
« dans toute sa substance une immunité qui le rende ré-
« fractaire au développement du bacille typhique. Nous
« avons vu qu'après l'infection sanguine générale, les ger-
« mes se trouvaient dans les organes où ils sont entourés
« peu à peu d'une atmosphère de tissus réfractaires. Il y a
« dans les maladies infectieuses des vaccinations locales.
« Que si, pour une raison quelconque, les germes d'un ou
« de plusieurs des foyers microbiens pénètrent dans la gran-
« de circulation, suivant la période où s'effectuera l'inva-

1. CHANTEMESSE. *Soc. méd. Hôp.*, juillet 1890.

« si elle nouvelle, il y aura recrudescence ou rechute.

« On comprend que, parmi les foyers qui peuvent le plus
« facilement verser une grande quantité de germes dans le
« sang, il faut compter ceux des parois intestinales ou des
« organes annexes. On s'explique de la sorte l'influence des
« écarts de régime pour provoquer un certain nombre de
« rechutes.

« L'observation clinique a montré que celles-ci ne pou-
« vaient toutes être habituées à un trouble de la digestion. A
« un moment donné, sous l'influence de causes multiples et
« complexes (on observe des épidémies où les rechutes sont
« fréquentes) : les bacilles reparaissent une ou plusieurs fois
« dans la circulation générale (2). Les causes qui agissent
« avec le plus de puissance, pour ouvrir la porte aux rechutes
« sont celles qui favorisent d'une manière quelconque
« l'intoxication du malade (indigestion, etc. etc.), parce
« qu'elles font cesser la résistance phagocytaire qui s'était
« déjà organisée. »

CHAPITRE II

Études sur les rechutes de la fièvre typhoïde.

Nous venons de voir par quelles phases successives avaient passé l'étude des rechutes de la fièvre typhoïde et combien peu d'auteurs les avaient signalées. Il semble que la rechute soit une chose anormale, et cependant nous avons eu l'occasion de montrer, dans les pages précédentes, que ce fait est loin d'être rare. Les classiques cependant n'en parlent pas, ou si peu que l'on est obligé d'avoir recours aux travaux spéciaux sur la question pour être édifié sur la valeur de cet état pathologique qui apparaît au moment où l'on croit pouvoir en toute sécurité abandonner son malade.

Les adultes plus souvent que les enfants ont servi de sujets d'étude et les communications qui ont été faites aux sociétés savantes portent la plupart du temps sur eux. A part quelques rares notes, les enfants sembleraient indemnes de cette affection ; aussi convient-il, une fois pour toutes d'admettre que la pathologie infantile est susceptible de se comporter de la même façon que la pathologie adulte ou sénile, modalité mise à part.

Nous n'avons pas la prétention d'avoir dit le dernier mot sur la question et de nombreuses études sont encore nécessaires pour avoir la solution de tous les problèmes que peut susciter semblable question, mais nous serons trop heureux si les quelques pages que nous donnons à ce paragraphe de la pathologie des enfants peut enfin attirer l'attention d'un clinicien d'une autorité indiscutable qui veuille bien apporter ses connaissances et son expérience consommées à une semblable question, pour que les classiques nous donnent enfin un chapitre sur ce point ignoré la plupart du temps des praticiens.

Ziwer, ayant adopté un plan qui nous semble absolument rationnel, nous le lui emprunterons et nous le suivrons dans la voie qu'il a déjà tracée.

§ a. — *Étiologie.* — Nous serons très brefs sur le chapitre étiologique, cette question ayant été déjà étudiée dans l'historique lorsque nous avons fait l'analyse du travail de Ziwer, toutefois nous ferons remarquer que pour nos petits malades, observés dans le service de notre maître, le Dr J. Comby, à l'hôpital des Enfants-Malades, nous ne saurions accepter l'opinion de Giraud qui voit dans la rechute le résultat d'un écart de régime. Tous nos malades ont été en effet soumis systématiquement au régime lacté absolu depuis le jour de leur entrée à l'hôpital jusqu'au moment où l'on a considéré la maladie comme étant *absolument* guérie.

Accepterons-nous l'opinion de Baginsky? Pas davantage? (Cf. Ziwer, p. 15).

La question de terrain épuisé n'a rien à voir dans l'affaire. Le microbe de la dothiéntérie est un et par

conséquent il agira toujours de la même façon. Si le terrain est pauvre en principes nutritifs à sa culture, le bacille d'Eberth aura une tendance à la bénignité, par enkystement de ses spores, soit, mais ces spores tendront d'autant moins à se développer que le terrain s'appauvrira de plus en plus tous les jours au cours de la maladie.

Le développement du bacille d'Eberth est donc fonction directe de l'état de santé du malade, ou pour parler le langage bactériologique, de la résistance du malade. Il faut pour que le microbe se développe que le malade soit affaibli de façon que la phagocytose ne gêne pas le développement du bacille, mais il ne faut pas non plus que l'affaiblissement soit trop grand, car l'algue parasite ayant à préserver sa propre existence, oubliera vite son rôle destructeur pour s'enkyster. L'enkystement marchera donc parallèlement avec l'état d'affaiblissement du malade.

En s'appuyant sur les seules données bactériologiques ce fait est exact. Malheureusement nous devons, en clinique, rester dans le domaine de l'hypothèse car le nombre des selles n'a pas été noté et les cultures n'ont pas été faites.

Toutefois, nous nous permettrons d'attirer l'attention de nos confrères et nous attendrons que de nouvelles recherches viennent éclairer d'un jour nouveau l'obscurité qui règne encore sur ce point.

Ce que nous venons de dire avait été pressenti par le grand clinicien qu'était Cadet de Gassicourt, qui voyait dans la bénignité des rechutes, la rareté de la débilité des enfants.

Le *Jeune* est en effet en constant état de développement la phagocytose sera tous les jours plus active du fait même qu'il est plus exposé à l'action des agents extérieurs et la lutte pour la vie étant immuable la défense sera plus active. Toutefois la force biologique des éléments défenseurs de l'enfant qui tout en ayant atteint leur complet développement n'ont pas acquis à cause de l'âge même du sujet la force de résistance qu'ils auront plus tard chez l'adulte sera moins grande. D'où la plus grande fréquence de la rechute chez l'enfant, contrairement à l'avis des classiques.

L'adulte, dans la plénitude de ses forces, combat un individu organique d'une force déterminée, mais égale à celle qu'il peut lui opposer.

L'enfant oppose à l'envahisseur des défenseurs qui sont loin d'avoir acquis toute leur puissance, ce qui expliquerait la plus grande fréquence des rechutes dans les maladies infectieuses chez lui.

La lutte est inégale, l'enfant succombe, et le bacille reste maître de la situation malgré la théorie que nous émettions plus haut à propos des arguments de Baginsky.

N'y aurait-il pas lieu de rapprocher ces idées de celles que nous donne Baginsky à propos du *relapsing-fever* de Raynaud. Cette maladie, d'après ces auteurs, diffère de la fièvre typhoïde en ce que au lieu de présenter dans les cultures, le bacille d'Eberth, elle présente un organisme tout à fait différent de celui-ci, du moins en apparence, le spirille d'Obermeyer. Cependant ces deux maladies si différentes au point de vue bactériologique et ayant en même temps de si grands points de ressemblance au point de vue clinique ne sont peut-être que deux moda-

lités différentes d'un seul et même organisme parasitaire.

Nous admettrions, dans ce cas, qu'il existerait entre le bacille d'Eberth et le spirille d'Obermeyer quelque chose d'analogue à ce que l'on observe couramment lorsque l'on étudie le pléomorphisme du bacille du charbon ou du pus bleu.

Montmollin prétend que les filles sont plus souvent atteintes que les garçons.

Nous n'avons pas d'opinion sur ce point, nous nous permettons cependant de faire remarquer que les observations étant en nombre insuffisant, il serait peut-être utile d'attendre avant d'émettre un avis.

On trouve des rechutes à tous les âges, chez l'enfant, à moins de deux ans, (cas de Goldberger) Vienne, 1896.

La fièvre typhoïde donne-t-elle plus souvent lieu à une rechute que les autres fièvres éruptives ? nous n'avons pas établi de statistique comparative, cependant on admet que les rechutes de fièvres éruptives sont rares et que celles de dothiënenterie sont de beaucoup les plus fréquentes et les moins contestées.

Semblable à Ziwer nous étudierons, à propos du traitement, la question de savoir si la balnéation doit entrer en ligne de compte.

§ b. — *Causes des rechutes.* — Peut-on incriminer comme causes des rechutes observées les refroidissements et les fatigues physiques ou morales ? (Griesinger et C. Paul).

Chez les adultes cette dernière question peut se discuter. Chez les enfants nous ne pensons pas qu'il y ait lieu,

de nous y arrêter ne fut-ce qu'un instant. A cet âge les émotions soit physiques soit morales ont peu de prise sur l'organisme et nous ne croyons pas qu'une poupée brisée soit susceptible de mettre l'organisme en un état de dépression tel qu'il puisse prêter prise à l'action du microbe d'Eberth.

Nous pensons avec Maclagan que la constipation jouerait un rôle plus important en permettant la stagnation des matières riches en bacilles dans l'intestin et en permettant à ces derniers de se fixer sur la muqueuse intestinale et de s'y développer au lieu d'être entraînés par le passage trop rapide des fécès.

Enfin Giraud admet les écarts de régime, Hénoc'h les repousse, un peu timidement, et Guyard ne les admet pas du tout comme il ressort de cette phrase :

« Une rechute grave ne peut être produite par des causes aussi légères, j'oserai dire aussi banales que celles qui sont généralement invoquées ; les écarts de régime peuvent bien provoquer des indigestions, pendant la convalescence de la fièvre typhoïde, les refroidissements peuvent amener des congestions ou des inflammations viscérales, mais ces causes sont à notre avis, incapables de déterminer la réapparition d'un ensemble symptomatique aussi complet que celui de la fièvre typhoïde ».

Ziwer n'admet pas non plus l'écart de régime comme cause occasionnelle et nous ne saurions l'admettre davantage puisque tous nos malades comme nous l'avons déjà dit, ont été systématiquement soumis au régime lacté absolu.

D'où vient donc cette rechute de la typhoïde et qu'elle en est la cause déterminante ?

Nous pensons qu'elle réside dans ce fait d'observation courante dans tous les laboratoires de bactériologie.

A mesure que le malade marche vers la guérison, le milieu pauvre change tous les jours de composition et il vient un moment où le milieu tout en étant trop riche pour permettre la perpétration des spores bactériennes est trop pauvre pour résister contre leur culture. C'est exactement à ce moment que les bacilles se développeront traduisant leur recrudescence par les symptômes cliniques connus sur lesquels nous n'avons pas ici à insister.

Il se passe dans l'intestin quelque chose d'analogue à ce qu'on observe dans le procédé des cultures pures qui déterminent avec un même microbe par réensemencement, une nouvelle génération moins forte que la première mais douée des mêmes propriétés.

De là pensons-nous la différence de temps si variable qui sépare la fin de la première attaque de l'apparition de la seconde.

De même que toutes les cultures ne cultivent pas sur un milieu artificiel ; de même dans l'intestin la régénération de l'espèce bacillaire ne saurait être la règle.

C'est là pensons-nous ce que M. le Professeur Chantemesse, si compétent en matière de fièvre typhoïde, a voulu dire en écrivant : « Cela ne veut pas dire que le malade ait
« acquis désormais *dans toute sa substance* une immuni-

« té qui le rende réfractaire au développement du « bacille typhique » (1).

§ c. — *Symptômes et diagnostic.* — Sans vouloir revenir sur la définition de la rechute, que nous avons donnée au début de ce mémoire, une question se pose ici.

Avons-nous, dans les observations que nous avons recueillies, quelques symptômes qui nous permettent de prévoir la rechute à brève échéance, ou bien, l'allure de la fièvre typhoïde initiale est-elle différenciée à ce point que nous puissions prévoir l'avenir.

Et bien nous devons avouer que nous n'avons recueilli aucun symptôme. Lorsque l'ascension thermométrique apparaît, nous sommes déjà à la période d'état.

La période amphibole permet-elle à la simple lecture de la courbe de trancher la question. Nullement.

Devic a pensé que l'irrégularité de la courbe à cette époque, pouvait être de quelque utilité.

Cadet de Gassicourt remarque que les grandes oscillations semblent préconiser la rechute, mais nous devons admettre qu'il n'en est rien. Nous avons vu souvent de grandes oscillations autour de 37° sans pour cela assister à une rechute. Il nous faut donc attendre encore que quelques nouvelles observations nous apportent la lumière.

Peut-on avec M. Gassicourt admettre deux formes de typhoïdes ? Nous ne le pensons pas davantage.

1. CHANTEMESSE, in *Bouchard et Brissaud*, p. 164.

Les observations que nous rapportons plus loin ne nous autorisant pas à accepter cette hypothèse.

Hénoch et Gerhart ont insisté sur la matité splénique.

Mais pensons-nous, chez l'enfant, le gonflement de la rate est en général peu sensible, la recherche de la matité splénique est difficile, ce qui ne permet pas de faire de ce signe un symptôme précieux.

La séro-réaction de Widal ne peut nous être d'aucun secours dans cette étude. Non seulement parce que, le nombre des préparations qui ont été faites est trop restreint ; mais encore parce que les quelques résultats que nous avons obtenus sont trop contradictoires.

Le séro-diagnostic joue dans la fièvre normale un rôle beaucoup trop important pour que nous puissions à la légère nous prononcer pour l'affirmative ou la négative.

Enfin Robin en 1877 partant de ce principe que les toxines sont en grande partie éliminées par les urines, pensait que l'hypo-urie pouvait être une cause de rechute tandis qu'au contraire l'hyper-urie serait une garantie contre la rechute.

Nous n'avons pas suffisamment d'analyse d'urines pour nous permettre d'émettre un avis, mais cependant les documents qui sont en notre possession nous portent à penser que si l'organe éliminateur par excellence ne doit pas être négligé, il est loin de jouer le rôle important que lui avait donné le savant Professeur de la faculté de Paris.

D'ailleurs les bains froids qui ont été la thérapeutique de choix facilitent la diurèse, et nos malade ont fréquemment uriné une quantité plus considérable qu'à l'état

normal. En outre de l'enquête à laquelle nous nous sommes livrés auprès des chefs de services il résulterait que les malades qui ont de la polyurie sont aussi exposés que les autres à faire une rechute.

Enfin Devic signale encore l'appétit précoce. « Toute, « les fois, dit-il, qu'un malade présente une faim qui n'est « pas en rapport avec l'état de sa langue et de sa tempé- « rature, il faut se méfier de la rechute, elle est probable. « Cela se voit surtout quand la température oscille entre « 38° et 38°5, et que le malade se trouve à la fin du « deuxième ou du troisième septenaire ».

Nous ne pensons pas devoir accepter davantage cette hypothèse. Il n'y a là rien qui puisse étonner. On conçoit facilement qu'un sujet qui depuis une vingtaine de jours n'a bu que du lait ait une sensation de faim au retour de la santé. Cette sensation n'est d'ailleurs que temporaire et nous préférierions attacher plus d'importance au phénomène inverse. D'ailleurs tous nos petits malades ont aussi une faim exagérée au moment de la défervescence.

En effet, voici un malade qui accuse un retour de l'appétit, c'est qu'il va mieux. Subitement cet appétit disparaît. C'est donc qu'il y a dans le fonctionnement de ses organes quelque chose de dérangé. Ce quelque chose nous ne savons ce que c'est, mais nous le saurons bientôt car la rechute n'est pas loin et nous pouvons même la prévoir car le thermomètre monte rapidement.

Toutefois si cette hypothèse semble fondée, nous nous garderons bien d'être affirmatif. Il y a là une coïncidence, peut-être une relation de cause à effet, mais rien ne prouve que ce soit un signe ayant une réelle valeur.

§ d. — *Rechute.* — Nous n'insisterons pas sur le tableau général qui en a été très exactement donné par Ziwer (p. 28).

Nous ne nous arrêterons pas, pour la même cause, sur la céphalalgie, l'expistaxis, les vomissements, la constipation, la diarrhée, la douleur abdominale, le ballonnement du ventre, le gargouillement de la fosse iliaque droite, la matité splénique, les phénomènes du côté de la bouche, les taches rosées lenticulaires, les éruptions diverses, les reflexes tendineux, les symptômes thoraciques, l'albuminurie qui ont bien été étudiés avant nous.

Nous nous arrêterons simplement un instant sur les variations de la température qui comportent sans aucun doute le symptôme pathognomonique par excellence.

Il faudrait pour être exact rapporter *in-extenso*, les quelques pages que Ziwer a consacré à cette question, ce que nous ne pouvons faire, à cause du cadre que nous nous sommes tracé, mais nous renvoyons le lecteurs aux pages 36-42 de son mémoire.

Cet auteur en effet a bien vu les différents modes d'ascension et de défervescence, soit en s'appuyant sur ses observations personnelles soit en s'appuyant sur celles des auteurs dont il donne la liste.

Toutefois, il nous semble que sa classification est incomplète, aussi proposerons-nous celle que nous traçons dans les lignes suivantes et dont nous donnons des exemples dans les observations que nous citons.

En s'appuyant sur la seule lecture des courbes thermométriques, la rechute peut être :

A. — *Simple*s

{	1° subintrante
	2° ébauchée
	3° simple, normale ou compliquée
	4° tardive

B. — *Multi*ples. — C'est-à-dire que l'on aura un certain nombre de rechutes à la suite les unes des autres leur nombre pouvant être de deux et s'élever jusqu'à sept comme nous l'avons observé dans un cas.

Toutes les combinaisons simples pourront se rencontrer dans les formes multiples.

On aura par exemple, une forme subintrante précédant une ébauchée et suivie d'une compliquée dans un cas triple ; ou bien encore on aura une compliquée précédant une ébauchée et suivie d'une subintrante.

Il convient également de savoir quelle numération nous devons employer et ce que signifient ces termes de double, triples, etc.

La fièvre normale initiale n'est pas comptée dans la numération.

La rechute qui la suit immédiatement est comptée *un*, On a une rechute simple.

Si celle-ci est suivie d'une seconde rechute, cette dernière sera comptée *deux*, bien que ce soit en réalité la troisième atteinte typhique et ainsi de suite.

Un schéma fera mieux comprendre pensons-nous ce que nous voulons dire.

Si nous représentons par zéro la fièvre typhoïde initiale, et par 1, 2, 3, les atteintes consécutives nous aurons.

0	=	fièvre typhoïde normale sans rechute.
0-1	=	Rechute simple.
0-1-2	=	— double.
0-1-2-3	=	— triple.
0-1-2-3-4	=	— quadruple, etc.

Ou en d'autres termes :

Le nombre des rechutes est égal à celui des points maximum des courbes dothiésentriques moins un.

Nous avons employé tout à l'heure dans la série A, dite à rechute simple, les termes de subintrante, avortée, etc.

Il convient à présent de les définir et de les étudier.

Nous présenterons de chacune d'elles un type basé sur l'ensemble des observations qui s'y rapportent et que nous donnerons ensuite, et nous choisirons parmi ces dernières une courbe qui, comparée avec les courbes des autres types particuliers permettra de suivre facilement l'évolution de chacun.

1° *Rechute subintrante.* — Dans ce type, la reprise de la température commence lorsque la défervescence touche à son terme. A peine le thermomètre est-il descendu au-dessous de 38° que l'ascension reprend progressive ou brusque, pour atteindre souvent 40° et au-dessus, dépassant quelquefois la température maxima de la première atteinte. Prenons pour exemple l'observation numéro 1 :

Eugène K..., 11 ans 1/2, entre à l'hôpital Trousseau, salle Blache, le 30 septembre 1895. Cette enfant présente

tous les signes d'une dothiéntérie, la température est à 40°. Le malade est abattu, la langue saburrale, le ventre légèrement douloureux. Il y a du gargouillement dans la fosse iliaque, quelques taches rosées sur l'abdomen. Le 2 octobre, la température monte à 41°, oscille autour de 39 durant quelques jours, remonte à 40°2 le 7, etc. Enfin le 11, au dix-neuvième jour de la maladie, la défervescence commence ; se fait en lysis régulièrement. Le 14, la courbe est à 37°3 et le 15 à 37°. La maladie a fait son évolution complète, on considère l'enfant comme entrant en convalescence. Mais brusquement le lendemain la température remonte à 38°, augmente régulièrement pour atteindre 39°6 le 18, au vingt-sixième jour de la maladie, reste plusieurs jours autour de 39 et redescend de nouveau à la normale qui est atteinte le 25. Sa convalescence commence, la rechute ayant duré 9 jours.

Voilà une rechute subintrante. On retrouve dans la seconde atteinte les mêmes symptômes de typhoïde, il y a même dans ce cas, et c'est assez fréquent, une nouvelle éruption de taches rosées. (Se reporter aux observations n° 1-2-3-4 et à la courbe de l'observation 1). Quelquefois même la température n'arrive pas à la normale, la rechute se fait après plusieurs jours d'oscillation au-dessous de 38.

Cette seconde évolution est, en général, d'une durée moindre que la première et ne semble pas devoir comporter de pronostic plus sévère, (malgré le cas de mort par perforation que nous rapportons (Obs. 4).

L'on assiste bien, comme le dit Jaccoud, à une reproduction complète de la maladie. Les trois périodes sont bien nettes. C'est bien là une rechute et non pas une

simple *recrudescence*. « Celle-ci, en effet, est une reprise de la maladie, à la période de déclin, alors que les symptômes perdent de leur violence au début de la défervescence, mais avant que celle-ci ne se soit faite, avant que la période fébrile n'ait cessé complètement.

2. *Rechutes ébauchée*. — Cette dénomination dit assez quel genre d'évolution présente ce type. Après une évolution complète de la première atteinte, la défervescence est faite, l'apyrexie dure depuis plusieurs jours, le malade est considéré comme convalescent. Puis inattendue, une ascension de la température se produit plus ou moins brusque et plus ou moins considérable, mais la durée en est faible, d'évolution rapide et après deux ou trois jours de température la courbe redescend à la normale. On ne retrouve plus là une reproduction de la maladie, c'est une évolution très incomplète une sorte d'ébauche.

Cette rechute ébauchée est naturellement bénigne ; elle prolonge simplement la maladie. Et nous y voyons cependant là une rechute, une reprise de l'infection. Nous ne pouvons voir le « febris carnis » des auteurs un simple mouvement de fièvre symptomatique, puisque comme nous l'avons dit déjà au chapitre des « Causes » les petits malade dont nous donnons les observations ont été soumis au régime lacté absolu.

Dans ces ébauches de rechutes, peut-on penser, l'organisme a eu rapidement raison d'un retour offensif de la maladie

Nous trouvons sur 34 cas de rechute :

3 rechutes ébauchées ce qui donnerait une proportion de 9 0/0.

3^e *Rechute simple* — Dans la rechute proprement dite, la recrudescence se fait après une période d'apyrexie complète, la température est restée au-dessous de 38 durant plusieurs jours, (deux et au-delà), et la convalescence s'est établie.

Durant cette période les symptômes typhoïdes se sont apaisés, le malade a repris des forces, tout fait espérer un retour définitif à la santé.

Mais la fièvre se rallume, tantôt brusquement (fréquent), tantôt par oscillations ascendantes, progressives, l'ensemble symptomatique de la typhoïde reparait, se maintient un certain temps et disparaît ensuite. C'est une seconde évolution reproduisant plus brièvement en général, les trois périodes de la première atteinte. Nous ne donnerons pas plus de détails, l'étude de la rechute ayant été faite très largement dans la thèse de Guyard à laquelle nous renvoyons.

Nous nous arrêterons un instant sur cette période d'apyrexie dite intercalaire, et au sujet de laquelle les auteurs ne semblent pas absolument d'accord.

Rarement, nous dit Guyard, nous avons noté pendant cette période les ascensions thermiques momentanées que l'on observe à la suite de toute maladie de longue durée et que l'on attribue à l'état même de convalescence. Il semble que ce soit dans les cas où la convalescence est la mieux établie, qu'il y ait le plus lieu de craindre la surprise d'une rechute.

M. Devic (thèse de Ziwer) fait remarquer au contraire que l'on confond l'apyrexie avec la température normale. Il considère comme l'exception les cas où la rechute a

été précédée d'une véritable température « normale ». Il signale l'hypothermie comme fréquente dans la période intercalaire, contrairement à l'opinion de plusieurs auteurs qui en font un indice de convalescence franche. Nous avons constaté l'exactitude de cette opinion.

Devic considère comme anormal :

1° Les écarts supérieurs à un demi degré.

2° Chaque fois que les annotations du matin arrivent à être au même niveau que celles du soir, de façon à constituer une ligne horizontale.

3° Chaque fois que la température du matin est plus élevée que celle du soir.

4° Lorsque la température atteint ou dépasse 38 degrés, et il classe les irrégularités de la période intercalaire en cinq types.

1° *Type*. — Apyrexie absolue, température régulière et constamment normale.

2° *Type*. — Apyrexie absolue, température irrégulière et anormale.

3° *Type*. — Apyrexie absolue sauf une ou deux températures au-dessus de 38°.

4° *Type*. — Pas d'apyrexie absolue continue, la plupart des températures vespérales atteignant 38°.

5° *Type*. — Pas d'apyrexie absolue, toutes les températures du soir sont supérieures à 38°.

L'auteur considère comme très rare le premier de ces types, il dit même : aucun de nos tracés ne reproduit d'une façon absolue le premier type, nous pouvons ajouter qu'il en est de même pour tous les tracés publiés par

es différents auteurs. Il considère le second type comme fréquent.

Ziwer a cherché en vain un tracé de fièvre typhoïde à rechute où la température de la période intercalaire soit régulièrement normale ; il considère les irrégularités chez l'enfant comme la caractéristique de cette période, la durée est variable de deux à dix-huit jours et en moyenne sept à huit (à peu près celle de l'adulte, Hutinel 8 à 12).

C'est ce qui explique la division de Cadet de Gassicourt qui décrit une forme typhoïde prolongée continue et une forme de fièvre typhoïde à poussées successives, à pseudo-rechute, à convalescence incertaine, cette forme en effet n'est pas rare. Mais nous ne rangeons ces fièvres parmi les typhoïdes à rechute, que si il se produit une poussée fébrile au moins égale à 39° et au-dessus.

Ainsi donc Guyard est en contradiction avec les auteurs. Nous pensons, d'après l'étude même des observations, que nous avons sous les yeux et dont nous publions les plus typiques qu'il n'y a point de règle absolue.

Sans doute la période intercalaire est fréquemment anormale si nous acceptons la classification d'après les types de Devic.

Mais la normale n'est pas un fait exceptionnel, elle se présenterait une fois sur quatre d'après notre statistique.

En effet, nous trouvons sur un total de 31 observations, 4 fois moins de 3 jours (ce sont les subintrantes).

3 fois	égale à	3 jours
1 fois	—	4 jours
6 fois	—	5 jours
3 fois	—	6 jours
7 fois	—	7 jours
7 fois	—	8 jours
2 fois	—	9 jours
2 fois	—	13 jours
2 fois	—	15 jours

Ce qui nous donne une moyenne de six à sept jours pour la durée de la période intercalaire.

Sur les 27 observations de rechutes proprement dites, laissant de côté les subintrantes (4) et les tardives (3), nous trouvons d'après les types de Devic :

Sept fois cette période intercalaire très normale et vingt-neuf fois anormale (écart de plus d'un demi-degré, température atteignant 38° quelquefois).

Et le deuxième type de Devic serait le plus fréquent.

Nous ne comprenons pas les trois atteintes de plus de vingt jours que nous étudions dans un chapitre à part (tardives).

Quant à la marche de la température quelques auteurs la considèrent comme généralement brusque et beaucoup donnent comme moyenne 3 à 4 jours pour qu'elle arrive au maximum (1).

Nos observations nous permettent d'admettre nous aus-

1. Hutinel distingue 4 notes de début : 1° brusque ; 2° en deux ou trois jours le maximum est atteint ; 3° l'ascension se fait comme dans la première atteinte ; 4° quelquefois elle simule un accès intermittent.

si comme Ziwer cette classification et le troisième type nous semble le plus fréquent contrairement à ce que nous trouvons dans la rechute double où le premier l'emporte. Je signale aussi, comme ces auteurs, le type inverse, les dépressions rapides suivies de reprise.

La défervescence se fait en général en lysis progressive.

La durée de la rechute varie en général entre cinq et quinze jours. La durée moyenne est de huit à neuf jours.

4^e *Rechute tardive*.— Nous avons vu que la période d'apyrexie qui précède la rechute avait une durée variable de deux à quinze jours, et qu'elle oscillait en moyenne autour d'un septenaire. Il est cependant des cas où la rechute se produit beaucoup plus tardive. La période d'apyrexie est si longue que le petit malade a pu être considéré avec fortes apparences comme à la fin de sa convalescence. Après 30 jours, 40 jours et plus d'apyrexie, sans qu'il intervienne ni imprudence, ni refroidissement, ni écart de régime, une reprise se déclare, une seconde évolution de la maladie avec tout le tableau symptomatique de la fièvre typhoïde, nouvelle éruption de taches rosées, diarrhées, etc. La température monte à 40° y reste quelques jours et la défervescence se fait, plus ou moins vite. L'enfant rentre en convalescence, puis la guérison arrive, réelle cette fois, sans reprise.

Et cette forme tardive de la rechute n'est pas absolument exceptionnelle puisque sur nos 36 observations nous en relevons trois de ce type, que nous publions, dans la première 30 jours d'apyrexie, dans la seconde 40 jours. Dans la troisième (Dr Mazan) la période d'apyrexie a

duré du 18 août au 16 octobre, soit donc une durée de plus de cinquante jours, durant laquelle l'enfant avait repris tout son embonpoint.

Doit-on dans ces cas particuliers penser comme certains auteurs à une infection nouvelle, à une *récidive* de la maladie. Tel n'est point notre avis. C'est bien là une rechute tardive, à longue échéance ; mais c'est une reprise de la même infection. La récidive vraie, est croyons-nous, très rare. L'immunisation conférée par une première atteinte de fièvre typhoïde persiste pendant longtemps, et cette persistance se compte non par jours mais par plusieurs mois et même par plusieurs ans. Les récidives après plusieurs années sont rares chez l'adulte, mais nous les croyons absolument exceptionnelles chez l'enfant, à ce point que M. le Dr Comby, nous disait n'en avoir jamais rencontré dans sa pratique.

Et en effet l'infection par le bacille d'Eberth s'attaque peu à la première enfance, la fièvre typhoïde et plus fréquente après 7 ans et l'immunisation persistant plusieurs années l'enfant n'est pas exposé à une nouvelle atteinte. S'il doit y avoir récidive ce sera plus tard, quand une fois adulte il aura perdu cette immunisation.

Et dans ces cas particuliers, si la rechute peut se faire tardive, c'est que l'organisme met longtemps à éliminer le principe infectieux ; qu'il reste longtemps sous la même influence, deux mois au moins ; pouvons-nous penser d'après nos observations, (et nous ne connaissons pas de rechutes dépassant deux mois), que l'immunisation est lente à être complète. Nous reviendrons sur ce sujet en discutant la nature de la rechute.

5° *Rechutes multiples*. — Dans la fièvre à rechutes multiples, avons-nous dit, le nombre des rechutes successives peut être de deux, trois et plus jusqu'à sept même. Si les atteintes triples, quadruples, etc. sont exceptionnelles (nous n'en connaissons que deux ou trois observations (Comby, Lyon), les rechutes doubles, les rechutes à répétition nous semblent relativement fréquentes. Sur 35 cas de fièvres typhoïdes à rechutes, nous trouvons en effet, parmi nos observations, pas moins de six cas de rechutes doubles. Ce qui ferait une proportion de $1/6$.

Il serait fastidieux d'étudier toutes ces formes, que nous donnons en détail au chapitre des observations. L'examen des courbes de température que nous rapportons permettra de se rendre facilement compte de la marche de la fièvre (Obs. II).

Nous avons pu constater que, dans ces rechutes multiples, les reprises se comportent comme autant de rechutes simples, nous retrouvons chaque fois une nouvelle évolution plus ou moins complète de la maladie ; semblablement les périodes intercalaires à chaque nouvelle atteinte sont variables et fonction de l'attaque qui précède et de celle qui suit.

En général la période intercalaire qui précède la seconde rechute est plus longue.

D'après les 6 observations que nous avons sous les yeux, cette période intercalaire se rapporte au type normal de Devic, contrairement à ce que nous avons constaté dans la rechute simple.

La période d'ascension est plus souvent brusque, la

période d'état variable est entre 5 et 20 jours, la défervescence en lysis.

Les courbes de ces rechutes doubles et multiples nous donnent le tableau de toutes les combinaisons simples. Ainsi nous constatons fréquemment, une première rechute subintrante suivie d'une rechute très éloignée, ébauchée ou typique, etc.

§ V. — *Nature de la rechute.* — Doit-on à la suite de Lorain accepter la rechute comme une nouvelle infection de l'organisme, c'est-à-dire comme une récidive à courte échéance et ne présentant aucun lien de parenté avec la première?

« Est-il possible, dit Ziwer, d'admettre à l'heure actuelle une idée de ce genre après ce que l'on connaît sur les immunités dans les maladies infectieuses? La fièvre typhoïde ferait-elle exception parmi les fièvres éruptives dont les récidives sont d'une rareté remarquable? C'est ce que nous ne pensons pas ».

Ziwer n'accepte donc pas une nouvelle infection de l'individu par le même agent.

Constantin Paul avait justement remarqué que l'on n'avait pas une reproduction intégrale de la maladie, ou n'avait que la reproduction thermique; ce qui lui suffit pour en faire quelque chose de différent de la fièvre normale.

Et la discussion se continue chaque parti ayant ses partisans et ses contradicteurs, chaque camp comptant parmi les siens des partisans autorisés. Il nous suffira de citer à la suite de Lorain et de Constantin Paul, les noms de Jaccoud, de Tripier, de Bouveret, de Gassicourt, et de les opposer à Bergeron, Dumont Pallier, et Hervieux

pour montrer de quel poids peut être dans la discussion l'hypothèse émise par l'un ou l'autre parti.

Hervieux n'écrit-il pas : « Les convalescents placés
« dans un milieu nosologique peuvent reprendre la même
« maladie qu'ils viennent de faire, mais comment admettre
« que l'immunité évidente dont jouit un sujet après plu-
« sieurs années n'est pas plus évidente encore quand un
« sujet est encore en puissance d'une première infection ».

Et bien laissons de côté toutes ces discussions stériles en elles-mêmes, et admettons que les auteurs de l'un ou l'autre partine pouvaient trancher la question il y a trente ans à l'époque où la bactériologie n'existait pas et où l'on croyait qu'un coup de vent froid pouvait aussi bien déterminer une typhoïde qu'une fluxion de poitrine.

Toutefois nous ne saurions expliquer pourquoi ceux des auteurs cités plus haut comme Bergeron, Dumont-Pallier, Tripier et Bouveret qui sont de notre époque ont persisté à suivre l'hypothèse émise trente ans avant.

Nous nous l'expliquons d'autant moins qu'un homme, qui n'avait pas à son service la bactériologie mais qui est sans contredit le plus grand clinicien du siècle, Trousseau avait écrit :

« Il semblerait que le virus typhique n'ait pas épuisé toute son action et que l'économie ne puisse s'en débarrasser qu'après des efforts répétés ».

Cette idée avait frappé Guéneau de Mussy qui écrivait plus tard :

« Dans bien des cas la guérison apparente qui a précédé la rechute, n'était complète, ni confirmée, soit que l'agent infectieux qui provoque l'évolution dothiéntéri-

« que n'ait pas été entièrement éliminé, soit qu'il n'ait
« pas produit dans l'organisme cette modification profon-
« de qui empêche une deuxième imprégnation ».

Que l'on compare ces deux extraits à ce que dit Chan-temesse :

« Quand une fièvre typhoïde est en train de guérir, cela
« ne veut point dire que le malade ait acquis désormais
« *dans toute sa substance* une immunité qui le rende
« réfractaire au bacille typhique ».

Tout est là, l'on n'est pas immunisé à l'époque où se fait la réinfection ou mieux la réinfestation par le parasite. Cette époque coïncide exactement avec celle où n'étant plus malade on n'est pas encore guéri, c'est-à-dire où l'organisme est un excellent terrain de culture pour la repullulation des microbes dont le nombre est considérable en ce moment dans l'intestin.

Nous avons dit plus haut quelle était la cause de la rechute, et ce que nous avons précédemment trouvé également son application ici.

§ e. — *Complications et pronostic.* — Dans les observations que nous rapportons plus loin nous avons eu l'occasion d'observer un certain nombre de complications :

2 fois nous avons noté la rougeole au cours de la première rechute.

Une fois nous avons observé une pleurésie séro-fibrineuse terminée par résolution, au cours de la deuxième atteinte d'une rechute double.

Une fois enfin nous avons eu une perforation intestinale.

Notons encore les parotidites, des stomatites, des phlyctènes sanguines.

Toutes ces complications ne semblent pas être plus fréquentes au cours des rechutes qu'au cours des fièvres ordinaires. Ce sont les mêmes que l'on peut observer au cours de la première atteinte.

Remarquons cependant que les complications pulmonaires sont en général plus bénignes. Il en est de même des accidents nerveux observés : ataxo-adiynamie, délire etc... qui même sembleraient diminuer à mesure que le nombre des rechutes s'accroît.

L'intestin qui était le point capital reste encore l'organe qui doit nous inspirer le plus de craintes au point de vue du pronostic.

Quel pronostic convient-il de porter ?

Le seul cas de mort que nous avons observé était dû non pas à la rechute mais à la perforation signalée plus haut. Tous les autres cas se sont terminés par la guérison à plus ou moins longue échéance.

Cette statistique concorde avec celle des auteurs et nous croyons pouvoir accepter l'hypothèse qu'ils ont déjà émise à savoir que le pronostic des rechutes est bénin.

§ f. — *Traitement.* — Le traitement employé se résume à trois indications :

1° Bains froids à 25°.

2° Potion tonique.

3° Régime lacté absolu.

Il convient de discuter ici une question qu'à été précédemment posée à savoir quelle est l'action possible du bain sur la rechute.

Sur 135 observations de fièvre typhoïde mises à notre

disposition par notre maître Comby, nous relevons simplement 35 cas de rechute.

Tous ces bains donnés à 25° et seulement lorsque la température atteignait 38° 5 minimum nous ont donné à la suite des auteurs d'excellents résultats. Toutefois nous nous permettrons de faire remarquer qu'en clientèle privée, les bains sont d'une application moins facile.

Nous pensons avec Griesinger qu'un bain froid donné d'une façon intempestive est susceptible d'amener des complications, mais nous ne pensons pas qu'il suffise pour amener cet état de pression si utile à la virulence du bacille.

Cette disposition qui s'est rencontrée au début de la méthode de Brand alors que l'on ne savait pas encore manier l'eau d'une façon utile pouvait avoir sa raison d'être. En ce qui nous concerne nous ne saurions l'admettre, car tous nos bains ont été donnés à l'hôpital par un personnel absolument accoutumé à ces sortes d'opération. D'ailleurs la rechute traitée ou non par cette méthode ne change rien à son évolution. Seul l'état comateux ou quasi disparaît, la diurèse augmente et le malade se comporte comme dans les cas de fièvre initiale.

Le traitement de choix de la rechute de la dothiéntérie est et reste donc le bain froid d'après la méthode de Brand.

§ 9. — CONCLUSIONS

De ces quelques pages nous nous croyons en droit de tirer les conclusions suivantes :

1. — Les rechutes semblent plus fréquentes chez l'enfant que chez l'adulte.

2. — Elles reconnaissent pour cause un réveil du bacille d'Eberth dans l'intestin d'un individu déjà déprimé par une attaque antérieure et insuffisamment immunisé par la première atteinte.

3. — Aucun symptôme ne permet de prévoir la rechute.

4. — Les rechutes se produisent dans les formes graves comme dans les formes légères. Il semble cependant qu'elles soient un peu plus fréquentes chez ces dernières.

5. — L'alimentation n'est pour rien dans les causes de rechute.

6. — Le nombre des rechutes peut être simple ou multiple. Leur forme peut varier de plusieurs façons et dans une même série de rechutes multiples on peut rencontrer plusieurs formes simples diversement combinées.

7. — La façon dont se comporte le stade amphibole n'a aucune action sur l'évolution de la rechute et sur sa durée.

La période intercalaire n'est d'aucun aide au point de vue des prévisions de la rechute.

8. — On rencontre dans les rechutes le tableau complet de la fièvre initiale, bien que quelquefois certains symptômes capitaux puissent faire défaut.

9. — La durée de la rechute est généralement moins grande que celle de la fièvre initiale.

La rechute ou les rechutes successives se feront toujours après un temps de repos relativement court et variable avec chaque l'individu.

10° Cependant il y a des cas où l'intervalle est long ce qui explique que certains auteurs aient pu voir des « récidives » dans ces rechutes tardives.

11° Le pronostic est généralement bénin. La mort reconnaissant pour cause une complication intercurrente ne différant en rien de celles que l'on observe dans la fièvre normale.

12° Les complications observées au cours des rechutes sont les mêmes que celles observées au cours de la fièvre initiale, bronchite perforation, hémorrhagie intestinale rougeole, pleurésie.

Nous constatons, cependant, la bénignité, dans la rechute, des phénomènes nerveux et pulmonaires.

13° Les bains froids n'ont aucune action au point de vue, de la production de la rechute, aussi restent-ils le traitement par excellence de l'affection.

CHAPITRE III

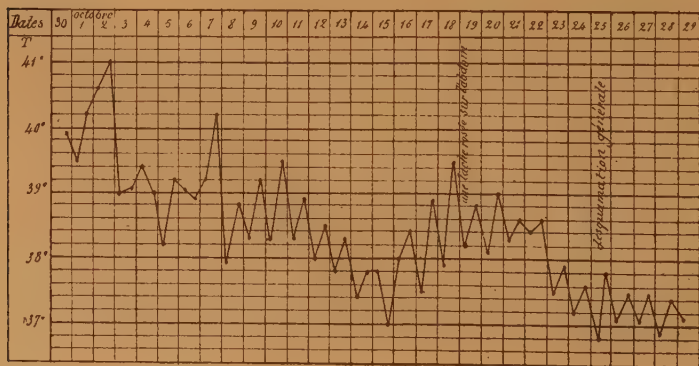
Observations.

OBSERVATION I

Rechute subintrante.

Eugénie R..., 11 ans 1/2. Entre à l'hôpital Trousseau salle Blache, lit n° 3, le 30 septembre 1895.

Nous publions la courbe de température de cette maladie. Comme type de rechute subintrante, la période d'apyrexie ayant duré un jour.



L'on donnait à l'enfant des bains à 25° toutes les trois heures. On signale de l'arythmie pendant la défervescence de la rechute.

OBSERVATION II

Rechute subintrante.

Maurice D..., 12 ans 1/2. Entre le 7 novembre 1895, hôpital Trousseau, salle Barrier, lit n° 5.

Père et mère bien portants.

Enfant né à terme, élevé au sein par la mère jusqu'à neuf mois, a marché à 9 mois. Première dent à 12 mois, n'a jamais été malade.

Depuis huit jours l'enfant est au lit, se plaignant de céphalalgie violente. Depuis deux jours délire, accentué la nuit. Vomissements. Un peu de toux. On l'a purgé avec de l'huile de ricin on lui a mis des cataplasmes sinapisés du côté droit de la poitrine.

Etat actuel. — 8 novembre. Langue sèche, blanche au centre, rouge sur les bords, pas de vomissements abdomen légèrement météorisés, peu douloureux, gargouillement dans la fosse iliaque droite. Pas de diarrhée. Quelques taches rosées.

A l'auscultation : en arrière quelques sibilances disséminées peu nombreuses, mélangées à de rares râles sous-crépitaux. En avant les sibilances sont plus abondantes. Pas de dyspnée.

Rien au cœur. Pouls faible à 122, dicrote.

La rate est grosse, elle mesure 4 travers de doigt en hauteur.

Enfant abattu, répond avec peine aux questions. Délire continu, doux.

On ne peut pas obtenir d'urines.

Trailement. — Huile de ricin, bains à 20°.

Rhum, 20 grammes.

Teinture de digitale 10 gouttes.

Lavements froids.

9 novembre. — Pouls à 150 très faible. Pas d'albumine dans les urines.

10 novembre. — Température à 40°8.

12 novembre. — Abattement prononcé, température 40°.

14 novembre. — Langue dépouillée, rouge. Pouls petit à 120, Ventre souple, indolore, premier bruit du cœur très sourd, deuxième bruit clangoreux.

21 novembre. — Symptômes pulmonaires accentués. Température 40°. Douleurs articulaires très vives, dans les membres inférieurs.

23. — Les douleurs sont moins vives. Après une série de 40 pulsations normales, il y a une série de pulsations avortées, de faux-pas.

Pouls à 77. — Suppression de la digitale. Todd.

La Température oscille autour de 38.

Le 16 novembre. — Température à 37. 6.

Le 27 novembre. — Défervescence complète (37°). Desquamation furfuracée.

Le 28 novembre. — Matin. Température 37°.

Soir. Ascension à 38°.

Le 29 novembre. — La température monte progressivement, 38°5, 39°.

Le 30 novembre, — Le thermomètre marque 40°. L'enfant est en pleine rechute.

Le 1^{er} décembre. — Vomissement dans l'après-midi, langue dépouillée, abattement extrême, pas de délire, pouls régulier à 132. Quelques taches rosées sur l'abdomen.

Rate grosse cœur 1^{er} bruit sourd.

— 2^e bruit clangoreux.

Système respiratoire rien :

7 décembre. — Reprise de la digitale. Température 40°

10 décembre. — Desquamation généralisée. Urines plus abondantes (600 grammes), la température tombe à 38,5.

13 décembre. — Sudamina très abondantes. Température 38. Pouls à 74.

19 décembre. — Température à 37. Pulsation à 100. Plus d'arythmie.

17 décembre. — L'analyse des urines donne:

Volume 1200 cc. Couleur forme faible. Urée par litre 9 gr. 48. Total 11 gr. 37.

Aspect louche réaction neutre. Acide phosphorique, par litre 0,54. Total 0,648.

Chlorures : par litre 6 gr. Totaux 7 gr. 2

L'enfant est en convalescence. Elle sort guérie dans les premiers jours de janvier.

OBSERVATION III

Rechute (subintrante).

Louise M..., 13 ans. Entre le 5 novembre 1895. Hôpital Trousseau, salle Blache. Lit n° 28.

Parents bien portants. — Deux frères et une sœur ont actuellement la grippe.

Cette enfant n'a jamais été malade.

Il y a cinq jours elle a été prise brusquement d'un violent mal de tête avec courbature générale. Pas de diarrhée, pas de constipation, pas d'épistaxis. Très agitée, nuit et jour délire.

6 novembre. — La malade est très abattue, délire dans la nuit. Langue sèche et saburrale, lèvres fuligineuses. Ventre tendu,

consupation, quelques taches roses sur le ventre. Poumons : nombreuses sibilances.

Cœur, rien. Pouls 96. Température 40.

Pas d'albumine dans les urines.

Traitement. — Bains à 20°. Lavements froids. Lait.

7. novembre. — Nombreux râles humides. Constipation. Température 41°.

9 novembre. — Délire plus doux. Le thermomètre marque 39°

12. novembre. — Même état. Râles très nombreux. Température 40°2.

Les bains fatiguent la malade. Bruits du cœur sourds. On fait deux piqûres de caféine, pendant la nuit.

13 novembre. — Suppression des bains. Digitale.

16 novembre. — Desquamations furfuracées. Suppression de la caféine.

18 novembre. — Ventouses. Température 40,4 la malade est extrêmement faible.

23 novembre. — Les râles persistent. Le thermomètre marque 38.

24 et 25 novembre. — L'état est amélioré, la température est au-dessous de 38.

Le 26 novembre. — La défervescence semble être arrêtée, 37°5.

Mais le 27 novembre la température monte brusquement de 36 à 37°6. On constate à l'auscultation des râles dans les deux poumons.

Le 29. — La température étant toujours élevée (39, 4), on fait deux fois par jour une injecton de 0,25 cent. de chlorhydrate de quinine.

Le 30. — Le thermomètre marque 40,2 et la température oscille autour de 38 jusqu'au 5 Décembre au soir où elle remonte

à 40°,4 pour redescendre en deux jours à 38. Nombreux râles sous crépitants aux deux bords.

Desquamation, abondante surtout aux membres supérieurs, suppression de la caféine.

Le 8 Décembre. — La température est à 37°.

Léger mouvement fébrile le 9 (38,5) qui ne dort pas.

Le 13. — Les rôles d'hypostase ont considérablement diminué.

Peu de rôles humides dans le bout de leur poumon.

L'enfant demande à manger où au lieu du café.

Limonade vineuse. Lait. Il entre en convalescence.

OBSERVATION IV.

Rechute subintrante.

Amandine K..., 12 ans 1/2 entre à l'hôpital, des Enfants malades. Salle de Chaumont, lit n° 36. 21 août 98.

Père, mère et frères bien portants.

Fille de 12 ans, née à terme, nourrie au sein jusqu'à un an, première dent à six mois, a marché à un an.

Rougeole à 4 ans.

Est restée de cinq à six ans, dans un appareil, pour une déviation de la colonne vertébrale, puis des corsets plâtrés, enfin pendant 18 mois dans une gouttière ; depuis elle marche avec des corsets spéciaux.

Depuis cinq jours, malaise général, épistaxis, maux de têtes, douleurs dans la fosse iliaque droite, diarrhée, fièvre.

21 août. — Malade excitée, lèvres sèches, langue, blanche, gargouillement à droite, quelques taches rosées.

Foie normal. Rate douloureuse à la pression.

Pas de dyspnée. Toux, quelques râles.

Rien au cœur, rien du côté du système nerveux.

Pas d'urine. Bains froids à 25°.

23 août. — Eruptions très abondantes de taches rosées.

27 août. — Moins de prostration. Température 39°. La toux a cessé.

29 août. — Etat grave meilleur. Température 38°. La langue est bonne. L'appétit est revenu. L'enfant va bien à la selle. Urines rares non albumineuses.

30 août. — Etat très satisfaisant. Le thermomètre est à 37°5.

31 août. — Recrudescence de la température. 38° le matin. 39° le soir.

2 septembre. — La malade est très abattue. Pouls petit. Piqure de caféine.

4 septembre. — Température 40°5. On remarque quelques filets de sang dans les selles.

5 septembre. — Il n'y a plus de sang dans les selles. On recommence les bains après deux jours d'arrêt.

6 septembre. — Hémorrhagie intestinale peu abondante. Température 40°.

10 septembre. — Abattement. Faciès tiré. Lèvres et gencives fuligineuses. Langue très sale. Battements du cœur, sourds. Pouls à 150. Poumons : rien d'anormal.

Du 10 au 15 la température oscille autour de 48°. L'état ne change point. On continue les bains et la caféine.

15 septembre. — La température tombe à 39. Adynamie. Pouls fréquent : 140. Le bras droit et la fesse droite présentent une escharre, pansement à la vaseline et au Hammatol. Champagne. Injection de sérum, 150 c. c.

18 septembre. — Congestion pulmonaire très marquée de la base gauche.

20 septembre. — La température tombe à 37°5. Hémorrhagie intestinale assez abondante la nuit, se reproduit le matin. On suspend les bains. Le ventre est un peu ballonné, douloureux. Pouls petit, fréquent.

On fait une injection de sérum de 100 cc. et de 0,50 cent. d'ergotine. L'hémorrhagie intestinale continue, abondante. Le ventre se ballonne de plus en plus, le pouls devient filiforme, incomptable, la petite malade meurt à 7 heures du soir.

22 septembre. — Autopsie.

Poumons : sommet, granulations tuberculeuses.

Base : pneumonie.

Pas d'adhérences pleurales.

Cœur : cavités dilatées.

Rate : hypertrophie, foie gros, marbré.

Estomac : distendu.

Intestin : distendu. Pas de péritonite, pas de fausses membranes. Nombreuses ulcérations, dans le petit intestin et le gros jusqu'au rectum. Appendice normal.

Au niveau de l'iliaque on trouve une perforation de 4 millimètres de diamètres siégeant au centre d'une ulcération.

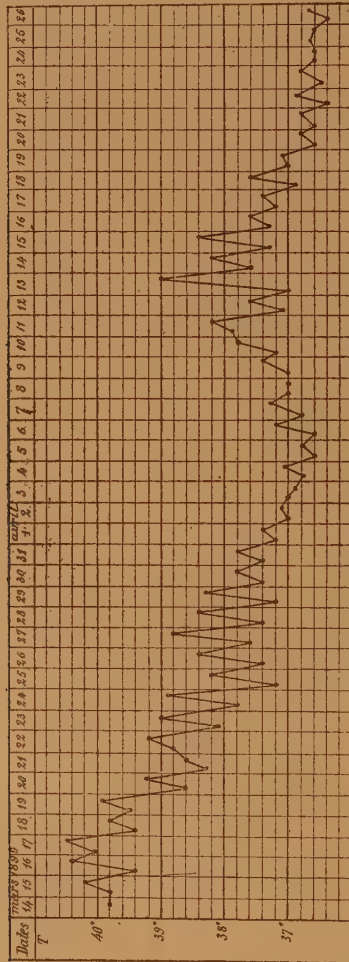
OBSERVATION V

Rechute ébauchée. — Voir la courbe n° 2.

Fille 15 ans. — Entre à Trousseau, salle Blache, le 14 mars 1895.

Père et mère bien portants.

Née à terme, nourrie au sein, 12 dents à 6 mois. Marche à 15 mois. Coqueluche à 3 ans. Rhumatisme articulaire aigu à 9 ans. Réglée à 12 ans. — Rougeole à 14 ans.



Depuis près de deux mois les règles ont cessé. Depuis 15 jours l'enfant est malade, alitée depuis 8 jours, avec fièvre, anorexie, diarrhée, vomissements.

14. — Actuellement.

Enfant abattue. Anorexie. Langue saburrale, rouge sur les bords, ventre un peu ballonné non douloureux. Quelques taches rosées. Foie normal, rate normale, rien au poumon. Rien au cœur poulx à 108. Système nerveux : délire doux la nuit, urine, normales.

Traitement. Bains à 25° Lait. Lavements froids. Digitale. Cénzonaphtal et benzoate de soude.

16. — Taches nombreuses. Température 40°4.

La maladie évolue très normalement. La défervescence commence le 20 mars (38°) et se fait en lysis. L'apyrexie est complète le 30 mars.

Du 30 mars au 10 avril. — Dix jours d'apyrexie, On donne à l'enfant des potages et du lait.

Le 10 avril. — La température monte à 38° pour redescendre à 37° le 12 et remonter brusquement à 39°. Elle oscille autour de 38° et 39° pour redescendre à 37° le 16 avril.

L'enfant entre en convalescence, cette rechute, ébauchée, s'étant produite après dix jours d'apyrexie, et ayant duré trois jours.

OBSERVATION VI

Rechute ébauchée.

Rosa B..., 10 ans. Entre le 6 janvier 1898 salle de Chaumont, lit n° 33.

Père et mère bien portants.

Rougeole à huit ans, bronchite à neuf ans.

6 janvier. — Depuis huit jours : céphalée, vertiges, épistaxis, fièvre. Pas de diarrhée, pas de vomissements.

Le 5 janvier. — (7^e jour) apparaissent deux taches rosées.

Actuellement céphalalgie. Enfant abattue. Peau chaude et sèche. Langue suburale rouge sur les bords, ventre non douloureux. Quelques taches rosées. Cinq selles diarrhéiques.

Pouls à 120, Température 39°.

Pas de dyspnée, toux légère, quelques sibilances à droite.

Régime lacté. Bains.

8 janvier. — Délire dans la nuit, langue humide, râles de bronchite.

9 janvier. — Peau sèche et chaude. La malade est moins abattue. Ventre souple, trois selles.

10 janvier. — Agitation. On constate un peu de délire et des mouvements carphologiques des mains. Pouls 132. Température 39°4.

14. — Les râles de bronchites sont moins nombreux. La nuit est calme, à noter une aphonie très accentuée. Amélioration générale.

Du 15 au 20. — La défervescence se fait en lysis et le 21, l'enfant semble entrer en convalescence. Du 24 au 25, cinq jours d'apyrexie. Desquamations.

26 janvier. — La température remonte, atteint successivement 38, 38·5 et 39 le 28. L'enfant a quatre selles diarrhéiques, léger gargouillement à droite. Puis la température baisse le 29 et atteint 37 le 31 janvier, et l'enfant entre en convalescence et part guéri le 18 février.

OBSERVATION VII.

Rechute ébauchée.

Emilie L..., 14 ans. Entre le 19 septembre 1897, salle de Chaumont lit n° 11. Père et mère bien bien portant. Deux frères morts à 1 mois.

Enfant née à terme. Elevée au biberon. Marché à 2 ans.

Ictère répété trois années de suite. A 3, 4, et 5 ans. Scarlatine à 12 ans. Cette enfant travaille toute la journée.

Depuis 8 jours, l'enfant est malade, vertiges, éblouissements, céphalalgie, épistaxis. Douleurs dans la fosse iliaque droite. Vomissements. Constipations.

20 septembre. — Malade abattue. Langue saburrale. Anorexie. Ventre tendu et douloureux. Pas de taches rosées.

Toux légère. Pas de dyspnée. Quelques sibilances à droite et en avant. Cœur normal. Pouls bon, 102 pulsations. Température 39. Un peu d'agitation la nuit.

Traitement. — Bains de 20° à 30°.

Séro-diagnostic négatif.

21 septembre. — Constipation. Ventre toujours douloureux. Râles nombreux, ronflants et sibilants en avant et aux deux sommets.

22 septembre. — Epistaxis.

23 septembre. — Pouls à 120. Taches rosées, Nuage d'albumine.

24 septembre. — L'albumine a disparu. Congestion pulmonaire plus forte à gauche.

Séro-diagnostic négatif.

Le thermomètre, qui à 40°, 2. Le 20 était descendu à 39°, 2. Le

21, pour osciller autour de 39° . Jusqu'à ce moment, va se rapprocher de 38° , pour remonter subitement le 27 à $39^{\circ},4$ et retomber subitement, le 28 au matin à $37^{\circ},4$. Il va ensuite tracer une courbe inlysis quoique à grandes oscillations jusqu'au 12 septembre.

Le 25 septembre. — Une selle dure ; le 26 un vomissement et deux selles on donne 0,20 centigr. de calomel.

Le 28 septembre. — Un vomissement et 1 selle, 0,25 centigr. de chlorhydro-sulfate de quinine.

Le 29 septembre. — 4 vomissements, 1 selle, 0,25 centgr. quinine.

Le 30 septembre. — 3 vomissements, eau de sedlitz, champagne.

Le 2 octobre. — Séro-diagnostique négatif.

On observe alors un stade amphiléole jusqu'au 12 septembre.

Ce jour-là, il y a constipation, douleur abdominale, céphalalgie, vomissement en mêmes temps que le thermomètre monte à $38^{\circ},5$ pour atteindre le lendemain matin. On donne 0,20 centigr. calomel, ce qui amène peu d'amélioration, la température vespérale de $39^{\circ},4$.

Le 14 octobre. — Malgré un mélange de l'intestin la température qui était de $38^{\circ},4$, le matin monte à $39^{\circ},1$, le soir pour retomber à 38° le 15 au matin.

Depuis ce moment la courbe descend lentement mais régulièrement jusqu'à $36^{\circ},8$ le 20 octobre, jour où l'on constate une polyurie.

La courbe se relève un peu mais oscille autour de 37° .

Le 24 octobre. — La malade pèse 38 kil. 200. Elle a donc perdu 5 kil.

Le 26 octobre. — Elle urine 2 litres. Le 28, il y a 18 gr. d'urée rejetée.

La courbe thermique est à la période des grandes oscillations.

Le 31 octobre. — Il y a 3 litres d'urine. La malade va bien.

OBSERVATION VIII

B... Victoriné, 10 ans. Salle de Chaumont. Enfants malades.

On n'a pas d'antécédents.

Cette malade entre à l'hôpital le 24 juin avec tous les symptômes d'une fièvre typhoïde confirmée. La température reste au-dessus de 40°.

Le traitement suivant est immédiatement institué.

1° Bain à 30°; trois heures après un bain 28° et 3 heures après un bain à 25°.

2° Grand lavement froid matin et soir.

3° Laver la bouche avec de l'eau boriquée.

4° Faire boire de la limonade vineuse.

Le 26 juin. — La fillette est très abattue; elle a eu du délire la nuit et un peu de carphologie. Elle supporte bien les bains froids.

La langue est rôtie. Trois selles en moyenne par jour.

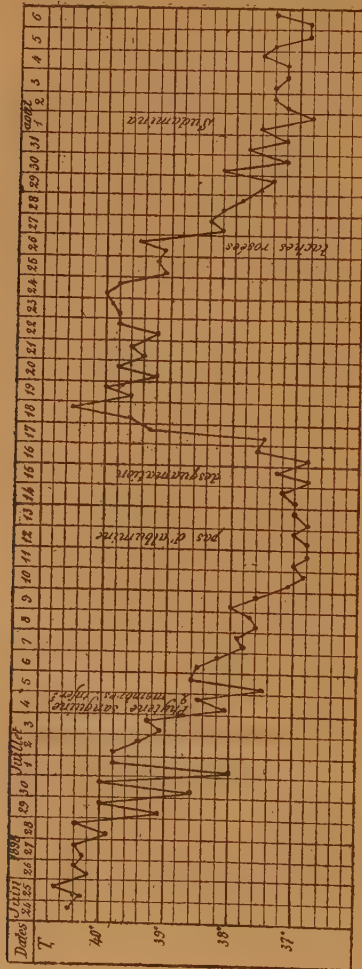
Le ventre n'est pas douloureux. Le foie est un peu. La rate donne une matité étendue.

On n'a pas pu recueillir d'urine, car la malade urine dans son bain.

A la poitrine, légère toux. Râles sonores et sous-crépitaux nombreux.

Traitement nouveau :

- 1° Potion : Rhum 20 gr.
 — Teinture de cannelle 2 gr.
 — Teinture de digitale XX gouttes
 — Sirop d'écorces d'oranges 20 gr.
 — Eau distillée 60 gr.



2° Ventouses sèches sur la poitrine en arrière.

3^e Bains à 20°.

Le 30 juin. — La température a une tendance à s'abaisser. L'état adynamique est très accentué; mais pas de délire.

Les lèvres sont fuligineuses; la diarrhée persiste. Un peu d'albumine dans les urines.

Le 1^{er} juillet. — Prostration toujours très grande; état généralement comateux. Bonne réaction après les bains. A l'auscultation bouffées de râles en arrière de la poitrine.

Le 2 juillet. — L'état général est encore plus grave. Coma; frissons. La température matinale reste élevée. La langue est sale; la diarrhée assez abondante.

Il y a polyurie et incontinence d'urine.

On trouve sur la fesse gauche une escharre de date récente ayant une tendance à s'ulcérer d'avantage. Au dos se trouva une escharre plus ancienne.

Le 4 juillet. — Surviennent des phlyctènes sanguines; une à la face inférieure du gros orteil gauche, large comme une pièce de un franc; une autre à la face inférieure du cinquième métatarsien, grosse comme une pièce de deux francs; une troisième un peu au-dessus de la malléole interne gauche; une quatrième phlyctène sanguine large sous le mollet droit.

L'état adynamique est moins prononcé, la langue est moins sale.

L'enfant boit beaucoup, il y a polyurie. La température s'élève à 38°.

Le 5 février. — Les phlyctènes ne sont pas ulcérées; elles ont une tendance à se cicatriser.

On voit des ecchymoses sur la face dorsale du pied droit.

La langue est saburrale, et il y a trois selles diarrhéiques par jour. Polyurie et incontinence d'urine. L'état adynamique est encore assez accentué. La température reste vers 38°.

Traitement. — Régime lacté. Plus de bains. Potion supprimée.

Le 6 juillet. — Le pouls est tendu, fréquent. 120 pulsations. Les impulsions du cœur sont bonnes. L'enfant ne tousse plus.

Le 10 juin. — Plus de fièvre ; la malade commence à s'intéresser à ce qui l'entoure. Elle urine bien et va bien à la selle. La langue est assez sale.

Du 10 au 17 juillet, sept jours d'apyrexie complète. L'adynamie n'existe plus. L'état général est très bon ; la langue est un peu saburrale ; un peu de diarrhée. Il y a un peu de toux, mais l'auscultation n'indique rien d'anormal.

La desquamation commence au niveau de l'abdomen et sur les côtés du thorax.

Le 17 juillet, — Rechute brusque avec 39° de température. Pas de phénomènes généraux graves. Rien du côté des appareils. Une des phlyotènes de la jambe droite s'est ulcérée.

Le 18 juillet. — Au soir la température est à 20°5.

Le 21 juillet. — La température est à 39°5 ; le pouls à 120, très tendu. Pas d'adynamie.

L'enfant tousse un peu. A l'auscultation on perçoit quelques râles sous-crépitaux fins en arrière avec deux bases.

Les urines sont rares et foncées ; elles ne contiennent pas d'albumine.

Le 25 juillet. — La température est à 39°. On voit des taches rosées sur l'abdomen et sur les cuisses.

Le 26 juillet. — Bronchite légère à gauche ; on applique un cataplasme sinapisé.

Le 1^{er} août. — Apparaissent des sudamina.

Depuis le 26 juillet, époque à laquelle le thermomètre est brusquement descendu, la température a subi des oscillations aboutissant à 37°. La guérison est arrivée.

OBSERVATION IX

V..., Charles 10 ans, 9 avril 1896. Salle Barrier, lit n° 23.

Père et mère bien portants. Quatre frères bien portants.

Enfant né à terme. Nourri au sein par sa mère jusqu'à 14 mois.

Première dent à 7 mois. Marché à 1 an.

Cet enfant est malade depuis huit jours. Se plaint de la tête et du ventre. A de la diarrhée, beaucoup de fièvre, du délire. Légère épistaxis.

10 avril. — Depuis l'entrée à l'hôpital : insomnie, diarrhées épistaxis, prostration. L'enfant est couché dans l'attitude « chien de fusil ». Le ventre est aplati, présente quelques tâches rosées. Douleur dans la fosse iliaque droite.

Langue saburrale. Dents fuligineuses.

Quelques sibilances dans les bronches. Rien dans les urines. Température : 39°, 6.

Traitements. — Bains froids. Grand lavement froid matin et soir. Lait, tisane vineuse.

13 avril. — Température tombée à 39°. Bronchite généralisés.

17 avril. — Diarrhée abondante, on donne du sous-nitrate de bismuth et du benzonaphtol. L'enfant délire pendant la nuit.

22 avril. — Température tombée à 37° 5. Pouls à 84, Sudamina.

24 avril. — Desquamation abondante. Température 37° 5. Pouls 96.

28. — Température, 37. Pouls, 60. Le cœur très arythmique.

Du 24 au 4. — Dix jours d'apyrexie complète.

4 mai. — Thermomètre marque 38° pour arriver le 7 à 39°.

Il tombe le lendemain (8 mai) à 38° pour s'y maintenir jusqu'au 23, où il atteint 37°.

Le pouls qui est à 84 le 7, varie entre 90 et 70 et coïncide avec de l'arythmie qui semble persister jusqu'au jour où l'enfant quitte l'hôpital (9 juin).

OBSERVATION X

Léontine M..., 10 ans, entre à la salle Chaumont le 16 septembre 1898. Née à terme. Elevée au sein par la mère. Marche à 13 mois. Rougeole à 3 ans.

Depuis quinze jours l'enfant est fatiguée, a perdu l'appétit. Depuis cinq jours, épistaxis, céphalalgie, fièvre très forte, anorexie absolue, agitation, douleurs de ventre et diarrhée.

16 septembre. — Grande prostration. Facies vultueux, yeux brillants. Céphalalgie violente, langue très sale, douleur dans la fosse iliaque droite. Taches rosées lenticulaires sur l'abdomen et le thorax, quelques-unes dans le dos.

Foie normal. Rate grosse.

Toux légère, râles de bronchite disséminés surtout en arrière.

Cœur normal. Pouls 90. Température 40°.

Bain à 24° toutes les 3 heures. Lait.

20 septembre. — La réaction se fait bien après les bains. La température s'abaisse en lysis.

Pas de diarrhée, pas de douleurs abdominales. Pouls bon.

26 septembre. — La défervescence est faite. Température 37°5. Le facies est bon. Langue bonne. Ventre souple. Les taches rosées ont disparu. L'appétit revient.

Du 26 au 31, quatre jours d'apyrexie. La malade va bien.

30 septembre. — La température s'élève de nouveau pour 39° le 5 octobre.

Pouls rapide, dichote à 132. Rien à l'auscultation. Urines rares, brunes, sans albumine.

6 octobre. — Température 40°. Nouvelles éruptions de taches rosées. Pouls à 138°.

Langue très sale. Estomac dilaté.

Autres appareils normaux.

La défervescence se fait d'une façon régulière du 7 au 13^e jour où la couche thermique atteint 37.

L'enfant entre en convalescence et part le 3 novembre, guérie

OBSERVATION XI

Virginie P... 7 ans, entre salle de Chaumont lit n° 38 le 13 septembre 1897.

Parents bien portants, quatre frères morts, six bien portants.

Enfant née à terme. Elevée au sein, première dent 6 mois.

Marche à 10 mois.

Coqueluche à 10 mois.

Depuis quinze jours l'enfant est malade, fièvre, agitation, toux légère, vomissement, céphalalgie, douleurs abdominales, épistaxis.

13 septembre. — Enfant abattue. Maigre. Langue blanche au milieu, rouge sur les bords.

Ventre douloureux. Pas de taches, pas de diarrhée.

Foie, rate, Poumons normaux.

Température 39, 6. Pouls faible, inégal à 102.

Urines troubles, pas d'albumine.

16 septembre. — Diarrhée jaune, douleur nette dans la fosse iliaque droite, apparition d'une tache rosée.

Traitement. — Calomel 0.15 en une fois.

Temp. 37°2 et 39°2.

17 septembre. — Trois selles jaunes. T. 38°2 et 38°4.

18 septembre. — Deux selles jaunes. Taches rosées bien net-

tes. Vomit son lait; on le supprime et on le remplace par de la limonade vineuse.

T. 38°4 et 39°9.

19 septembre. — Deux selles jaunes; 4 bains à 25°; un lavement froid, quinine 0. 20.

T. 38° et 38°1.

20 septembre. — Sero diagnostic positif.

Après 25 minutes de contact du sérum et de la culture, on constate de nombreux amas de bacilles immobiles.

Dans l'intervalle des amas on voit encore quelques bacilles ayant encore conservé une légère mobilité.

T. 37°8 et 38°6.

21 septembre. — Sudamina, deux taches rosées, deux selles. La température qui a été la veille de 37°4 et 36°8, remonte à 37°7 et 37°9.

Du 22 au 26 septembre. — La température oscille entre 37° et 38°. L'état général est bon. La malade est très amaigrie.

Du 26 septembre au 4 octobre. — Huit jours d'apyrexie.

A partir de cette date le thermomètre monte en escalier pour atteindre 39°8, le 7 octobre.

Le 5 de ce même mois. — La température était de 38°4, ce qui indiquait le début de la rechute à laquelle on a assisté les jours suivants.

L'enfant allant mal à la selle, on lui donne 0.10 centigrammes de calomel qui produisent quatre selles et l'on reprend les bains à 25°.

On donne en même temps : chlorhydro-sulfate de quinine : 0.20 centigrammes et benzonaphtol, 1 gr. 50.

Le 8 octobre. — T. 38° et 39°. Benzonaphtol : 1. 50.

Le 9 octobre. — Benzonaphtol et quinine 0.20.

10 octobre. — Constipé depuis 3 jours : Calomel 0.10; quinine 0.25.

Pas de bains froids bien que le thermomètre marque 38.8 et 39.8.

11 octobre. — T. 38.6 et 39.8.

12 octobre. — T. 39.2 et 39.8.

13 octobre. — T. 38.0 et 38.3.

14 octobre. — T. 38.5 et 38.8. Pouls à 132. Quelques taches rosées.

15 octobre. — T. 38.2 et 39. L'enfant étant affaibli on lui fait une piqûre de sérum artificielle : 40 grammes.

16 octobre. — T. 38.4 et 39.5.

17 octobre. — T. 37.4 et 37.9.

18 octobre. — T. 37.0 et 38.3. Pas d'albumine dans les urines.

19 octobre. — T. 36.7 et 36.8 qui marque le début de la convalescence.

La convalescence s'accompagne de polyurie. L'enfant rejette en 24 heures 2 litres d'une urine claire, sans albumine.

La petite malade qui pesait 12 kilos 300 le 23 septembre ne pèse plus que 11 kilos 300 le 14 octobre.

Le 23 octobre. — On permet une légère alimentation, l'enfant paraissant en bonne voie de guérison.

Le 29 octobre. — On constate 23 grammes d'urée par jour et un peu de constipation.

On donne un lavement glycérimé.

Le 1^{er} novembre. — Le pouls irrégulier bat à 96.

Le 7 novembre. — Le pouls toujours irrégulier bat à 82.

L'enfant dont la température oscille très légèrement autour de 37 a engraisé. Elle pèse 12 kilos 300.

OBSERVATION XII

Welie K..., 5 ans 1/2 entre salle de Chaumont le 30 mars 1897. Lit n° 5.

Née à terme, nourrie au biberon. Bronchite à 6 mois, coqueluche à 3 ans.

Le 8 mars. — Angine guérie le 25.

Depuis le 26 mars : vomissement, diarrhée, fièvre.

30 mars. — Ancienne rachitique. Alopécie datant de quelques jours.

Malade abattue. Langue sale. Anorexie. Céphalalgie. Ventre tendre, pas de taches, diarrhée jaune et fétide.

Hyperesthésie cutanée. Pouls à 140. Température 40.4.

Toux sèche.

Autres appareils normaux.

Régime lacté. Lavement froid. Bains à 25° toutes les trois heures.

1. avril. — Malade mieux. On suspend les bains.

2 avril. — Sudamina. Grosse rate douloureuse. Température 39.

5 avril. — Séro diagnostic négatif.

Ventre ballonné, douloureux. Diarrhée.

Toux. Quelques râles sous-crépitaux aux bases. Pouls 140.

6. — Constipation, ventre très douloureux à la pression.

8 avril. — Pas de changement. Température 39.4. Micro-polyadénopathie inguinale, cervicale, axillaire.

10 avril. — Séro-réaction nettement négative.

12 avril. — Développement d'une circulation collatérale, abdominale. Gros râles muqueux.

13 avril. — Pas de bacille de Koch dans les selles. Température 40°.

Sa situation reste la même jusqu'au 20 avril, jour où la défervescence commence.

23 avril. — Le ventre n'est plus ballonné mais toujours douloureux. Température 37°.

25 avril. — La courbe thermique remonte brusquement à 39°4 pour retomber à 37° le lendemain et remonter le soir à 40°2, et descendre immédiatement à 37, ou elle reste jusqu'au 28.

29 avril. — Ascension brusque à 40°5, le matin. Le soir 36°8.

30 avril. — Hypothermie, 35°8. Puis la courbe oscille autour de 37° jusqu'au 11. La malade va bien.

Le 12 mai. — Ascension thermique à 38° 8. La courbe oscille autour de 38 et atteint brusquement 39°2 le 17

Le 16 mai. — Séro diagnostic positif.

On donne à l'enfant cinq centigrammes de calomel.

20 mai. — Polyurie un litre 1/2 d'urine. L'enfant entre en convalescence et part pour Forges le 7 juin.

OBSERVATION 13

Pauline B... 9 ans. Entre à la salle Blache. Hôpital Trousseau lit n° 28 le 9 novembre 1896.

Père bien portant.

La mère à la fièvre typhoïde.

On n'a pas pu avoir de renseignements sur l'enfant?

Depuis trois jours : maux de tête, fièvre, agitation, insomnie, pas de diarrhée, ni vomissements, ventre souple, autres appareils normaux.

Lait, bains, calomel.

11 novembre. — Température 40°. On donne 15 grammes d'huile de ricin.

12 novembre. — Lavement froid.

14 novembre. — Du trional (0,25) calme le délire pendant deux heures; température 40° 1.

17 novembre. — Langue saburrale. Enfant abattue, délire calme. Expulsion de taches rosées nombreuses.

19 novembre. — Le délire et l'agitation reviennent, on donne 0,25 de trional. La fièvre est tombée à 39°.

Le 21 novembre. — Sudamina abondantes.

Le 22 novembre. — La température tombe à 38° 1.

Le 24 novembre. — Desquamation. La température tombe en lysis pour atteindre la période d'apyrexie complète 37°, le 26 au matin.

Du 25 au 30. — Cinq jours d'apyrexie complète. On continue le régime lacté.

Le 30. — Au soir ascension brusque de la température à 38° 8 qui retombe à 37 le lendemain matin pour remonter le même soir à 39°.

Le 2 décembre. — Le thermomètre marque 39° 5 et le 3 au soir 40° 2 point maximum. Chute brusque le 4 à 38°.

Le 5. — Le thermomètre marque le soir 39° 2 et une seconde série de taches rosées apparaissent.

La défervescence commence alors en lysis pour atteindre 38° le 8 et la malade entre en convalescence.

OBSERVATION 14

Antécédents héréditaires. — G..., Georges, 13 ans.

Père mort de la poitrine.

Mère bien portante.

Antécédents personnels. — Né à terme, élevé au sein, n'a jamais été malade.

20 juillet. — Depuis quatre jours l'enfant a de la fièvre, se plaint de céphalée, et a eu deux épistaxis. Pas de vomissements, pas de diarrhée. Purgation avec de l'huile de ricin, douloureux.

Etat actuel. — 22 juillet. — La température monte à 40°,2. Le petit malade se plaint de douleurs abdominales. Anorexie complète. La langue est saburrale. Le ventre est ballonné, on constate du gargouillement dans la fosse iliaque gauche.

Foie normal.

Rien au poumon. Rien au cœur. On ne constate aucun stigmate de rachitisme.

On met l'enfant au régime lacté et à la limonade vineuse.

Calomel 0,60 centigrammes.

Bain à 20° toutes les trois heures.

Lavement froid (Deux par jour).

23 juillet. — Quelques taches rosées apparaissent sur l'abdomen.

25 juillet. — Température oscille toujours entre 39°,8 et 40°,2. L'état général de l'enfant étant affaibli on donne du café au petit malade.

29 juillet. — La température est tombée à 39°. On supprime les bains froids (Il en a été donné 31 en 6 jours). On constate à l'auscultation du cœur un premier bruit sourd.

Dans la nuit du 3 au 4 août, léger épistaxis.

Le août. — Pouls lent à 66 pulsations et irrégulier. On fait une injection de caféine. La défervescence se fait en lysis. Elle est complète le 9 août. On continue le régime des potages et du lait.

Du 9 au 14 août. — Cinq jours d'apyrexie.

Le 15 août. — La température tombe à 35°,6 pour remonter le soir même à 37°. Deux jours d'apyrexie.

Le 17 août. — Le thermomètre marque 38°,4. Sans que rien n'ait pu expliquer cette ascension.

Le 18 et 19 août. — Température 39°,4. Il n'y pas d'albumine dans les urines.

Le 20 août. — La défervescence se fait brusquement (37°).

Le 24 août. — Desquamation et le malade entre en convalescence.

La durée de la rechute ayant été de quatre jours pleins. L'enfant quitte le service le 13 septembre.

OBSERVATION XV

L... D... Georges, salle Barrier. Hôpital Trousseau.

Antécédents héréditaires. — Père mort d'une affection cérébrale.

Mère souffre souvent d'une bronchite ?

Frères et sœurs bien portants.

Antécédents personnels. — Cet enfant né à terme, a été élevé au biberon. Il a eu la rougeole à 7 ans et la dysenterie il y a 4 ans. Buvait beaucoup d'eau au robinet de la fontaine.

Début. — Il est malade depuis 10 jours ; il a des maux de tête et de la fièvre. Il se plaint de points dans la poitrine et l'estomac. Il n'a ni vomissements, ni diarrhée, ni épistaxis. Il a été purgé deux fois avec du sulfate de soude. Depuis il est constipé.

Le 25 juillet. — Le malade entre à l'hôpital avec 40° de température ; il est abattu et constipé. Quelques taches rosées sur le ventre et dans le dos.

Léger gargouillement dans la fosse iliaque droite.

A la poitrine on entend les râles sibilants disséminés et quelques râles sous-crépitaux.

La fièvre se maintient à 40° pendant 2 ou 3 jours. Puis elle diminue peu à peu et très lentement.

Le 10 août la température est normale, l'état général est très bon.

L'apyrexie est complète pendant 4 jours. Puis le 15 août la température remonte brusquement à 40°, elle s'y maintient très peu. Le 20 août tout est rentré dans l'ordre le malade est guéri.

OBSERVATION XVI

L... Léon, 4 ans, salle Barrier. Hôpital Trousseau.

Antécédents héréditaires. — Père bien portant.

La mère a la fièvre typhoïde avec hémorrhagie intestinale.

Un frère vient d'avoir la fièvre typhoïde.

L'enfant est venu à terme, il a été nourri au sein par sa mère, a eu ses premières dents à 8 mois, a marché à 15 mois.

Atteint de scarlatine à 2 ans 1/2 et depuis bien portant.

Début. — Le 4 octobre, l'enfant a commencé à se plaindre de maux de tête et a refusé toute nourriture. Les selles étaient normales.

Le 8 octobre. — Le malade entre à l'hôpital. Fièvre 39°. La respiration est anxieuse. On entend des sibilances partout. La langue est sale, et il y a angine pultacée. Des taches rosées se voient sur l'abdomen.

Traitement. — Bain, huile de ricin, lait, ventouses sèches.

Le 10 octobre. La fièvre est tombée à 37°3, elle s'y maintient jusqu'au 16 avec de très légères oscillations. On voit des sudamina. Le malade va bien.

Le 16 octobre. — La température remonte à 38° et le 18, à 39°, le pouls est à 100.

Cette température se maintient ainsi pendant 10 jours jusqu'au 28, pendant lesquels les phénomènes du début reparaissent, on donne de nouveau de l'huile de ricin 15 grammes.

Après le 25, la fièvre s'abaisse lentement et le 30 elle a complètement disparu. La desquamation se fait. La guérison est complète. Le pouls est à 72, mais il est irrégulier.

OBSERVATION 17

T..., Albert, 10 ans, salle Barrier, Hôpital Trousseau.

Antécédents héréditaires — La mère est bien portante.

Le père a disparu depuis 6 ans il était buveur.

Deux enfants bien portants.

Antécédents personnels. — L'enfant est né à terme, il a été nourri au sein par sa mère jusqu'à 7 mois : il a mis sa première dent à 6 mois ; a marché à 11 mois. Il a eu la rougeole à 2 ans ; et 2 bronchites.

Début. — Le 17 mars l'enfant se plaint de maux de tête, il vomit ; il a de la fièvre.

Le 25. — Il entre à l'hôpital avec 40° de température. Il a de la courbature et de la céphalée, il est très abattu. La langue est blanche avec les bords et la pointe rouges. Sur l'abdomen on voit quelques taches rosées. La pression est douloureuse dans la fosse iliaque droite. Le foie et la rate sont volumineux et douloureux.

Comme traitement on donne : Du lait, du bicarbonate de soude des lavements froids, et des bains froids à 25° 0,50 de calomel pour la constipation.

Le 26. — La température est à 39°, l'état général est bon ; la lan-

gue est toujours blanche; le ventre est souple et non douloureux.
Le malade a eu une première selle.

Les jours suivants la température se rapproche de nouveau à 40° par grandes oscillations; la constipation reparait. Les taches rosées lenticulaires deviennent très nombreuses.

Le 31. — Le malade rend un lombric par la bouche.

Le 1^{er} avril. — La température tombe à 38°; elle s'y maintient jusqu'au 5.

Pendant les 7 jours suivants elle reste au-dessous de 38° ou remonte peu au dessus; il se fait une desquamation furfuracée.

Le 13 avril. — La température remonte à 39° ainsi que les 3 jours suivants; mais avec des remittences matinales très marquées.

Du 17 au 20. — La fièvre s'éteint de nouveau graduellement. La convalescence arrive.

OBSERVATION 18.

Alice, 9 ans, Salle Blanche, Hôpital Trousseau.

Antécédents héréditaire. — Le père est mort il y a un an âgé de 49 ans d'une pleurésie gauche.

La mère est bien portante.

Antécédents personnels. — L'enfant est née à terme, a été élevée au sein jusqu'à 5 mois, époque à laquelle elle a eu la coqueluche. On lui a donné le biberon jusqu'à 22 mois.

A 2 ans elle a eu la rougeole. Il y a 18 mois elle a été atteinte de conjonctive.

Début. — Il y a quinze jours, l'enfant avait pris froid à l'école. Pendant plusieurs jours elle s'est plaint de la tête et de la gorge. Le 18 Février elle a du rester au lit. Elle a du délire, de la diarrhée, pas d'épistaxis.

Elle se plaint de douleur dans le côté droit.

Le 23. — A son entrée à l'hôpital la température est de 37°8. Le pouls est à 120, la respiration à 36. Il y a du gargouillement dans la fosse iliaque droite.

Traitement. — Lavements froids. Potion de Todd avec XX gouttes de teinture de digitale.

Le 24. — Au matin la température est de 38°5 seulement ; mais le soir elle monte brusquement à 40°5 ; on donne un bain dans la soirée. Il se fait une éruption de taches rosées nombreuses, la malade a une épistaxis.

Le 25. — Le pouls est à 130 ; la respiration à 40° ; la température à 40°. La langue est saburrale mais n'est pas sèche. Les bains sont continués.

Le 26. — Agitation nocturne, délire. La température, malgré les bains reste vers 40°.

Les jours suivants état stationnaire.

Le 1^{er} mars. — La température descend à 38° pour remonter le lendemain à 40°.

Le 3. — le pouls est à 92 ; la température descend à 39°.

Pendant les jours suivants la déferuescence se fait graduellement en lysis.

Le 5. — On a trouvé aux aines, au cou et vers la pointe du sternum de la desquamation due aux sudamina. Le pouls est à 90.

Du 6 au 15. — La fièvre a complètement disparu ; 8 jours d'apyrexie.

Le 14. — dimanche, la malade reçoit la visite de ses parents ; peut-être a-t-elle mangé.

Le lendemain 15. — La température remonte à 40°6. Le pouls est à 126. Les bains sont repris.

Le 16. — On voit une nouvelle éruption taches rosées. La

malade a de la vulvite et se plaint de douleurs dans le bas ventre. Le pouls est à 132.

Le 17. — La température reste vers 40°.

Le 18. — Elle descend à 38°, le pouls est à 96. L'état général est assez satisfaisant.

Le 19. — La température revient à 39°; mais les jours suivants elle redescend graduellement vers 37°.

Le 25. — Plus de fièvre. La malade entre en convalescence définitive. Le pouls est arythmique, il est à 84.

OBSERVATION XIX

Rechute tardive.

Enfant vigoureuse.

Nourrie au sein.

N'ayant jamais été malade. (Sauf une rougeole l'année auparavant).

La balnéation a été admirablement tolérée procurant à l'enfant le sommeil et lui donnant un aspect moins abattu.

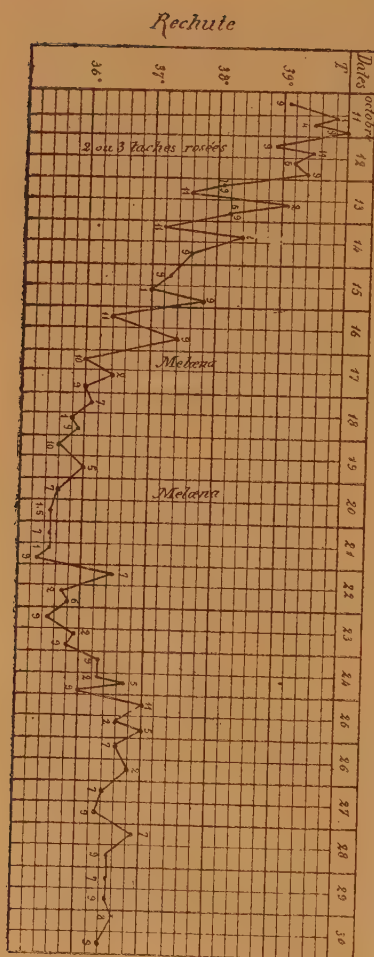
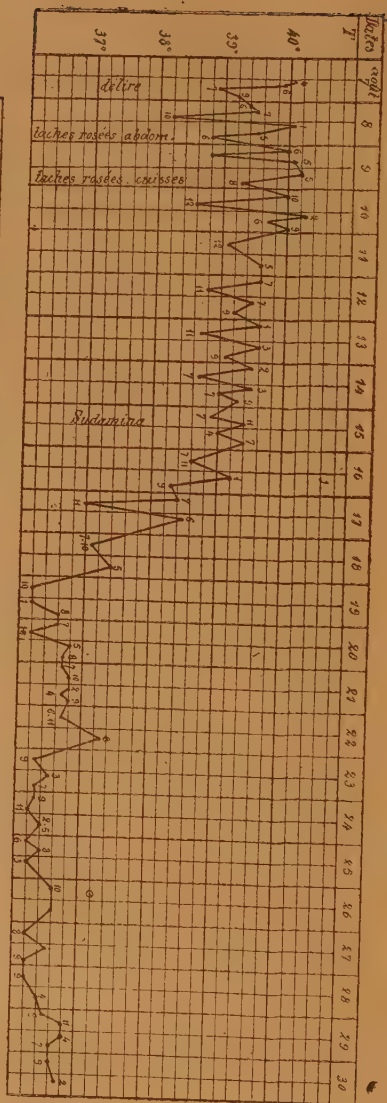
Quand arrivait l'heure du bain elle essayait de se dévêtir pour qu'on la remit dans la baignoire.

Rien de particulier à signaler dans la marche de la maladie.

La convalescence fut régulière et l'enfant avait repris son embonpoint. Je l'avais revue deux ou trois fois durant le mois de septembre.

Le 11 octobre je suis rappelé chez elle. Les parents disent qu'elle est malade depuis la veille, qu'elle a de la fièvre et qu'ils l'ont remise à la diète liquide.

Le troisième jour, je constate la présence très nette de tro



taches rosées, absolument typiques, les selles sont redevenues fréquentes et de coloration vert-jaune.

Le huitième et le onzième jour de la rechute l'enfant a eu deux selles avec melœna sans aucun symptôme général. La selle que j'ai vue (celle du 20 octobre était peu copieuse) mais absolument noire comme du goudron.

La convalescence s'est effectuée sans aucun accident.

OBSERVATION 20

Rechute tardive.

Garçon de 6 ans 1/2, délicat, né avant terme, élevé dans une couveuse. Nombreux accès de laryngite striduleuse. Pleurésie en 1898. Entérite en 1899.

Le 29 mars. — Accès de laryngite striduleuse, très violent puis fièvre à 40°, 39°5, 40°5. Taches rosées le septième ou huitième jour. Ulcération du voile du palais. Diarrhée ovieuse après constipation, bronchite généralisée, otite double. Phlegmatia alba dolens à droite.

Bains froids, guérison en trois semaines à la fin d'avril.

A la fin de mai, plus d'un mois après la défervescence apyrexie complète, la température était prise matin et soir.

Brusquement une ascension thermique à 39°, puis 40° en tout douze jours de fièvre, avec éruption de taches rosées le troisième et le quatrième jour. Puis la guérison arrive.

Ensuite plusieurs crises goutteuses, hématuries, convalescence pénible à Bregue. Amélioration sensible après trois mois.

OBSERVATION XXI

Communiquée par M. le Dr Comby.

Fièvre typhoïde à rechute tardive un mois après la guérison

Le 16 août 1898. — Entre salle de Chaumont, lit n° 3, la jeune R... Louise, âgée de 14 ans, domestique, qui nous donne elle-même les renseignements suivants :

Elle est née à Caulmes (Côtes-du-Nord) et est arrivée à Asnières 12 jours avant son entrée à l'hôpital.

Sa mère, son père et ses 7 frères jouissent tous d'une excellente santé.

Elle a été nourrie au biberon, mais elle ignore à quel âge ont percé ses premières dents, ainsi que l'époque à laquelle elle a fait ses premiers pas.

Elle a eu la rougeole à 8 ans et ne se souvient avoir été atteinte d'aucune autre maladie, bien qu'elle toussât fréquemment tous les hivers.

Actuellement, c'est-à-dire au jour de son entrée, Louise R... qui était venue à Asnières pour s'y placer comme domestique, le 4 août, était bien portante à ce moment et jouissait d'un appétit parfait. Elle prétend dans cette période avoir absorbé de l'eau de Seine. Elle est donc tombée malade huit jours après son arrivée dans la banlieue de Paris.

Elle accuse une perte d'appétit, une constipation opiniâtre, de la céphalalgie, de l'insomnie, des douleurs dans les jambes. Pas d'épistaxis, mais de la fièvre, le soir, précédée de quelques frissons. En même temps, elle se met à tousser, s'alite pendant quatre jours et entre à l'hôpital parce que ces phénomènes prenaient une allure aggravante qui l'inquiétait.

La fièvre en effet augmentait et la diarrhée apparaissait. L'examen fait à ce moment montrer un faciès typhique, un amaigrissement assez accusé. Les yeux sont excavés, les lèvres sont sèches, les dents fuligineuses, la langue saburrale, sèche, rôtie. Le ventre peu ballonné donne du gargouillement dans la fosse iliaque droite.

Pouls rapide, dichrote, T. 39°,8.

Les différents organes sont passés en revue :

Appareil digestif. — Langue saburrale, rôtie, soif vive.

Diarrhée. — Selles fréquentes, liquides ocre jaune, très féti-
dides. Pas de vomissements.

Rate grosse, douloureuse à la palpation, débordant les fausses côtes.

Appareil pulmonaire. — Râles de bronchite disséminés de chaque côté : (Râles sonores, sibilants, ronflants).

Cœur indemne.

Système nerveux. — Ni agitation, ni délire, légers soubresauts du tendon. Trémulations de la langue.

Peau. — On ne constate pas de taches rosées lenticulaires.

Traitement. — Bains à 20°

Lavements froids, matin, soir.

Limonade vineuse, lait (fait boire le plus possible).

18 août. — Même état, hier soir la température est montée à 40°7.

- Pas de délire, supporte bien les bains.

19 août. — Apparition des taches rosées, très nettes, très belles et très nombreuses.

20 août. — Va mieux. La température descend à 37°, le matin pour remonter à 38°2. Le soir.

22 août. — Le thermomètre remonte à 39°8. Bains à 25°.

L'auscultation révèle des râles de bronchites disséminées.

Rien au cœur. La diarrhée continue et les taches rosées sont moins nettes.

25. — On observe une poussée d'herpès labial très marqué.

26. — Il se fait aux fesses, aux cuisses et aux jambes une poussée d'hérythème morbilliforme.

A partir de ce moment, la malade entre dans la période des grandes oscillations approchant de 38,5 le soir et tendant régulièrement à se rapprocher de 37,0 le matin.

Le 5 septembre. — Ce chiffre est atteint pour la première fois, et le thermomètre va désormais osciller entre 37° et 37°5, jusqu'au 9 du même mois.

A ce moment une desquamation furfuracée qui avait débuté avec la chute définitive de la maladie, va se modifier aux pieds et aux mains pour prendre un aspect scarlatiniforme.

Cette transformation semble marquer le début d'un état qui sur la courbe thermométrique tend à se rapprocher de 37° sans toutefois l'atteindre pendant quelques jours. Subitement la colonne mercurielle descend à ce dernier chiffre le 14 pour, sans atteindre son minimum, remonter jusqu'à 39°2, le 15, et retomber subitement à 37° le 16.

Dès lors on observe une série de grandes oscillations régulières qui semblent témoigner d'un organisme acquérant difficilement son équilibre vital.

Le 23, on atteint 38°8 puis on empiète sur la ligne 37° avec de grandes oscillations descendant au-dessous de celle-ci le matin pour atteindre d'une façon régulière, avec 2/10 de degré tous les jours. 38. le 28. Le lendemain la courbe du maximum descend régulièrement jusqu'au 2 octobre, la courbe du minima étant invariablement de 36°8.

Le 1^{er} octobre. — La malade est prise d'une polyurie permanente et le thermomètre reste sur la ligne de 37^o.

Le 3. — Il y a 2 ou 3 selles journalières, mais pas d'albumine dans les urines.

Le 5. — Subitement et sans raison aucune, la température s'élève à 39^o 4 en même temps qu'apparaît une forte constipation.

On donne 8 gr. d'huile de ricin qui amènent une forte débâcle intestinale.

A partir de ce moment le thermomètre va régulièrement remonte jusqu'au 9 où il atteindra son maximum : 39^o 8 tandis que l'on observe les phénomènes suivants :

Le 8 octobre. — La langue est blanche, saburrale, il n'y a ni céphalée, ni douleurs abdominales. Il y a un ballonnement de l'abdomen dû à une rétention d'urine.

Le 10. — L'enfant vide mal sa vessie. Il y a encore une légère rétention d'urine. La maigreur est extrême. La constipation persiste mais on ne note pas de taches rosées.

Le 12 octobre. — La constipation continue. Il faut donner quotidiennement un lavement pour obtenir une selle. L'urine émise est de 1 litre 5. On note 1 à 2 taches rosées lenticulaires, ainsi que du gargouillement dans la fosse iliaque droite. L'auscultation révèle quelques râles ronflants et sibilants dans la poitrine.

13 octobre. — 6 selles diarrhéiques abondantes.

14 octobre. — Pas d'albumine dans les urines.

Traitement :

Sous-nitrate Bismuth.	} aa, 0.25 centigr.
Préparation de chaux tricalcique.	
Benzonaphtol.	

4 paquets par jour.

Chatard

20 octobre. — Poussée de sudamina, constipation, râles sibilants dans la poitrine et chute brusque de la fièvre qui la veille à 39°8 tombe à 36°6 d'un seul coup, pour se maintenir à 36°8 pendant quelques jours.

21 octobre. — Râles ronflants et sous-crépitants en arrière à droite, râles ronflants sibilants à gauche.

24 octobre. — Pouls régulier et ralenti. Etat général bon.

26 octobre. — L'enfant urine deux litres.

Le 28 octobre. — La polyurie monte à 2 litres 1 2 et le pouls est irrégulier.

Le 2 novembre. — Ce chiffre se maintient encore.

Depuis le 20 octobre le thermomètre qui est à 36°6, oscille au-dessous de 37° pour atteindre 38°2, le 28 et 38°, le 27. A partir de ce moment on a une courbe régulière témoignant de la fin de la maladie.

Le 10 novembre. — Le pouls est arythmique et irrégulier et bat à 60 pulsations à la minute.

L'enfant guérie entre en convalescence régulière.

OBSERVATION XXII

G..., Victorine, 12 ans. Salle de Chaumont. Hôpital des Enfants-Malades.

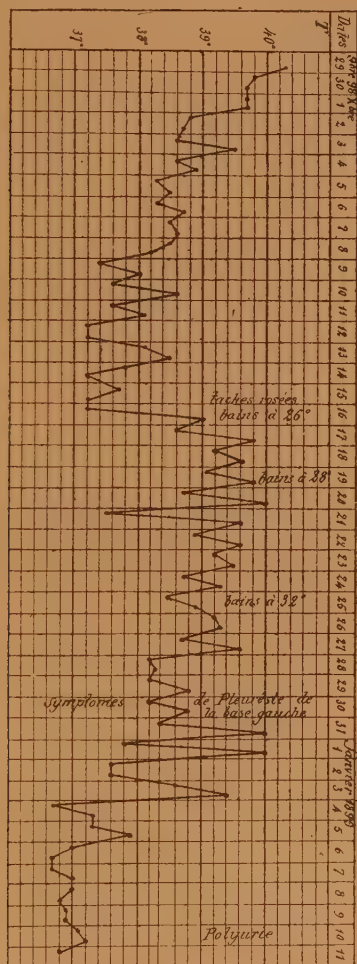
Antécédents héréditaires. — La mère est bien portante et n'a pas eu d'autre enfant.

Antécédents personnels. — L'enfant est née à terme. Elle a été élevée au biberon à la campagne.

Elle a eu ses premières dents à 10 mois ; elle a marché à 1 an.

A 2 ans elle a eu la rougeole avec bronchite et depuis elle

tousse tous les hivers. Pas d'autre maladie. Les règles n'ont pas encore paru.



Avant la maladie l'enfant mangeait beaucoup, n'avait pas de
 olydypsie souffrait de diarrhée de temps en temps ainsi que de
 p douleurs stomacales.

Le dimanche 20 novembre l'enfant ressent des picotemenst

dans les membres supérieurs et de la lassitude dans les membres inférieurs. A cette époque apparaît un peu de céphalée. Mais l'appétit ne diminue pas. Ils ne survient ni diarrhée, ni douleurs, ni vomissements.

Trois jours après, le 23, les maux de tête sont plus violents, la filette à des étourdissements, elle est obligée de s'aliter.

Depuis ce jour l'enfant reste au lit, la céphalée persiste assez violente.

Pas de bourdonnement dans les oreilles. Le 27, des douleurs abdominales sont accusées. Des épistaxis peu abondantes se produisent. Grande lassitude et douleur dans les membres inférieurs.

Le 29 novembre. — La malade entre à l'hôpital. Elle est pâle, abattue ne bouge pas dans son lit. La fièvre est vive 40° ; la céphalée violente. Stupeur très accusée. La nuit a été calme.

Pas de douleurs dans les membres, ni de bourdonnements d'oreilles.

La langue est très saburrale et sèche ; mauvais goût dans la bouche.

L'anorexie est à peu près complète, et pas de vomissements.

Les douleurs épigastriques sont nettes ; mais pas de douleurs abdominales sauf à l'hypochondre gauche. Un peu de gargouillement à la fosse iliaque droite.

Le ventre est un peu ballonné. Le foie n'est pas douloureux.

Depuis l'entrée à l'hôpital la malade a eu deux selles abondantes.

Sur l'abdomen on voit quelques taches rosées très discrètes.

Rien d'anormal aux pòumons.

Le pouls est à 125, le cœur est normal.

On trouve un peu d'albumine dans les urines, par la chaleur et l'acide azotique.

Voici le *traitement* qui est institué :

1° Bains à 25° de 10 minutes de durée.

2° Lavements d'eau froide matin et soir.

3° Nettoyage de la bouche avec un peu d'eau de Vichy.

4° Lait et boissons abondantes.

5° Potion : Rhum. 20 grammes

Oxymelscillitique 10 —

Sp. des 5 racines 10 —

Teinture de digitale . . . X gouttes

Eau 50 grammes

A prendre une cuillerée à soupe toutes les heures.

La température qui s'était maintenue à 39°8, le 30 novembre et le 1^{er} décembre tombe le 2 à 38°7. Le pouls est à 110. La langue est encore sale et couverte d'un enduit épais.

Les jours suivants, rien de remarquable, la température se maintient un peu au-dessus de 38°, mais l'état général semble s'améliorer.

Le 9 décembre. — La température est à 37°6, la fillette est très calme et nullement abattue.

Pendant six jours, elle semble guérie.

Du 8 au 16 avec le 14, de la constipation traitée par une cuillerée à soupe de cascarine.

Le 16 décembre. — Réascension brusque de la température qui va à 39°. Nouvelles taches rosées. La langue redevient très sale. Les selles sont normales. Le pouls est à 100. On donne un bain à 26°.

Les jours suivants on donne des bains à 28°, la température oscille à 39° et au-dessus.

Le 22 décembre. — La malade est plus fatiguée, elle a les traits tirés. La diarrhée est survenue.

On prescrit des bains tièdes pour la stimuler un peu et des paquets contenant :

Bicarbonate de soude	} 22 0 gr. 20 pour un paquet
Salicylate de soude . .	
Benzonaphtol . . .	

A prendre 5 paquets par jour dans un peu de lait.

Le 26 décembre. — La fillette est très amaigrie et très abattue, elle tousse un peu, mais l'auscultation ne révèle rien d'anormal. Légère diarrhée. Langue sale. Les bains à 32° sont bien supportés. La température reste vers 39°. Le pouls est à 96.

Le 30 décembre. — On constate à la base du poumon gauche en avant et en arrière des symptômes de pleurésie. 2 ventouses scarifiées sont appliquées.

Le lendemain pas de souffle, quelques râles seulement disséminés. On applique les cataplasmes sinapisés.

Depuis quelques jours la température est descendue à 38° 2, et n'a subi que quelques oscillations dues à la pleurésie survenue.

Les 2, 3, 4 et 5 janvier les symptômes s'amendent lentement. Cataplasmes, caféine 0,23.

Le 6 janvier. — La défervescence est complète. Tout symptôme pleurétique a disparu.

La fillette est très pâle, elle a beaucoup maigri; ses yeux sont cernés.

La diarrhée a disparue; l'appétit est revenu.

Le 11 janvier. — Température toujours normale. Le pouls est rabuti avec quelques irrégularités. Il est plein et bat à 90°.

Le 20 janvier. — La fillette mange du potage et des œufs avec appétit.

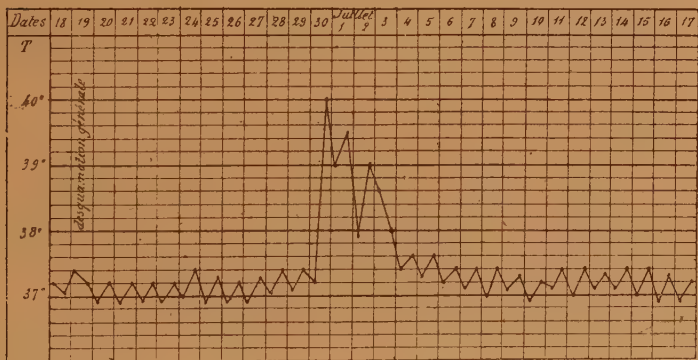
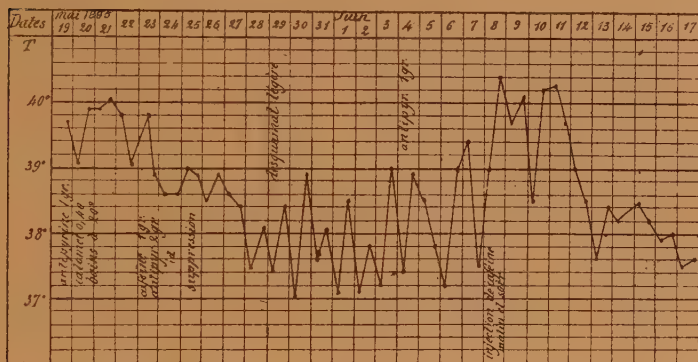
L'état général va très bien. La malade est guérie.

OBSERVATION XXIII (personnelle).

Rechute double. Voir la courbe 6.

A..., Suzanne, 9 ans 1/2, 14 mars 1899. Salle de Chaumont
n° 40.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 50 ans de tubercu-
lose.



Mère bien portante (a eu 16 enfants) dont 12 sont morts, plu-
sieurs de tuberculose.

Antécédents personnels. — Né à terme, nourrie au sein, a mar-
ché à un an.

Varicelle à cinq ans. Depuis aucun maladie.

Depuis dix jours la malade tousse, a de la force, a perdu l'appétit.

Elle entre à l'hôpital le 14 mars, au dixième jour de la maladie.

L'enfant est donc en état de prostration considérable, elle se plaint d'un mal de tête violent, un peu de délire. Dents fuligineuses, langue saburrale.

Le ventre n'est pas douloureux à la pression. Pas de diarrhée, pas de vomissements, soif très vive.

Le foie et la rate sont normaux.

Quelques râles sous-crépitaux à la base à gauche. Sibilances en avant surtout à gauche.

Rien au cœur. Pouls 130. Température 40.

On ne trouve pas de taches rosées sur l'abdomen. La coloration très foncée de la peau ne permettant pas d'en distinguer. Séro-diagnostic positif.

Trailement. — Bains à 30°, 3 fois par jour. Un grand lavement froid matin et soir. Lait. Limonade vineuse. Potion de Todd. Teinture de digitale XV gouttes. Ventouses sèches sur la poitrine.

La température est élevée durant quatre jours. Le 19, la défervescence commence et se fait en lysis. On supprime les bains qui ont toujours été mal supportés. Le 27, le thermomètre marque 37°, la malade a évolué normalement. Desquamation marquée surtout au niveau des aines.

Du 27 au 8 avril. — Six jours d'apyrexie. On continue le régime lacté.

Le 2. — Léger mouvement de fièvre qui va s'accroissant formellement et progressivement jusqu'au 8 avril.

8 avril. — Typhoïde très marquée. On ne peut toujours pas distinguer de taches rosées, on constate quelques points roses peu nets sur la peau de l'abdomen à la région épigastrique. On redonne les bains tièdes à 30, 3 fois par jour. On les suspend le 11 car ils sont mal supportés.

Le 12 avril. — Il se fait éruption de rougeole, dans l'après-midi du 17 et dans la nuit du 11 au 12, abondante surtout à la face.

Le 13. — Au soir se produit une hémorrhagie intestinale abondante : une selle abondante dans le vase ; abaissement brusque de la température qui reste toujours à 40, nouvelles selles dans le lit à sept heures du soir. La température reste à 40°, on fait une injection de 600 grammes de sérum en trois jours. Troisièmes selles à minuit.

Le 14 avril. — La fièvre a un peu diminué (39°,2). On donne une potion et on fait des enveloppements froids.

Chlorure de caféine. 2 grammes.

Sulfate 20 —

Eau 200 —

Le 17 avril. — Le pouls est fréquent et faible. On ajoute à la potion de Todd 0,10 centigrammes de poudre de feuille de digitale.

Le 18 avril. — Aphonie. On continue la digitale.

Le 20 avril. — Ecoulement de pus par l'oreille droite que l'on traite par des injections d'eau oxygénée. L'enfant n'entendait plus de cette oreille depuis plusieurs jours.

Le 22 avril. — Toujours de nombreux râles dans la poitrine. Desquamation généralisée. Scarlatiniforme. Sur les fesses éruptions de pemphigus.

Le 26 avril. — Après une période de grandes oscillations la température est tombée à la normale.

Le 28 avril. — Kérato-conjonctivite à gauche. Traitement au précipité jaune et au collyre à l'autopsie à $\frac{1}{300}$. Absès multiples aux fesses, ouverts spontanément le 28, le 1^{er} mai, le 7 mai (pansement iodoformé).

6 mai. — La kératite est guérie. L'apyrexie est constatée. On continue le régime lacté et la limonade vineuse.

11 mai. — Léger mouvement fébrile suivi de huit jours d'apyrexie.

Le 18 mai. — L'enfant étant légèrement constipée et la température étant remontée légèrement (37°,8), on donne 10 grammes d'huile de ricin déterminant trois selles dont deux liquides jaunes foncées.

19 mai. — Rechute de conjonctivité, on reprend le traitement jusqu'au 22.

Le 24 mai. — Le thermomètre marque 40°, le pouls est à 125. Etat typhoïde assez marqué. On recherche la réaction agglutinative de Widal ; résultat positif. On combat la constipation par 10 grammes d'huile de ricin.

Le 27 mai. — La défervescence commence et la fièvre a cessé le 29. L'enfant va-bien.

Du 29 mai au 10 juin. — 10 jours d'apyrexie, l'enfant est toujours au régime lacté absolu.

Le 10 juin. — Ascension nouvelle de la température : 39° sans cause alimentaire. L'enfant tousse. On entend de nombreuses sibilances et une respiration soufflante en arrière et à gauche. Cette région *est male*. On craint une poussée de tuberculose étant donnés les antécédents de l'enfant. Poudre de Dower 0,15 cent. pendant trois jours.

Mais l'amélioration arrive, le 16, la température est retombée. L'enfant va bien. Elle ne tousse plus et demande à manger. On ne trouve rien à l'auscultation:

OBSERVATION XXIV

Rechute double. Première subintrante. Deuxième ébauchée.

T... Claire, 9 ans 1/2. 19 mai 1895. Salle Blache. Lit 26.

Antécédents héréditaires. — Mère bien portante. Père aliéné. Sœur quinze ans bien portante.

Antécédents personnels. — Rougeole à 5 ans sans complications. Santé en général bonne.

L'enfant est malade depuis huit jours. Se plaint de la tête du ventre. Constipation.

A son entrée à l'hôpital, céphalalgie prostration. Langue très rouge. Couverte d'un léger enduit saburral sur les bords. Constipation. Anorexie. Ventre très légèrement tendu, assez douloureux à la pression surtout dans la fosse iliaque gauche. Pas de gargouillements. Sudamina sur les côtés droit et gauche de l'abdomen.

A droite de l'ombilic, tache rosée s'effaçant à la pression.

Pouls à 104. Rien au cœur. Poumons : en faisant tousser la malade, quelques sibilances.

Urines normales.

Température : 40°.

Traitement : antipyrine, 1 gramme. Calomel, 0 gr. 50 centigrammes. Bains à 25°.

21 mai. — Nombreux râles.

23 mai. — Pouls un peu mou (124). On donne 1 gramme de caféine.

24 mai. — Pouls meilleur (120).

25 mai. — Température 39°. Pouls, 116. La céphalalgie a disparu ainsi que les douleurs abdominales. La malade sort un peu de sa torpeur. On supprime la caféine.

28. — La température tombe à 37°6.

29. — Légère desquamation.

30. — Température à 37° le matin, remonte brusquement à 39° le soir.

Du 31 mai au 30 juin, thermomètre marque le matin 37°.

3 juin. — Au soir, la température monte brusquement à 39° pour atteindre 40° le lendemain soir. On donne 1 gramme d'antipyrine.

7 juin. — Le thermomètre 40°4, on donne des bains froids. Potion de todd, injection de caféine le 8.

11 juin. — Température 40 le matin. Desquamation furfuracée au niveau des fosses sus et sous-claviculaires droites. La défervescence se fait rapidement.

Apyrexie complète le 15.

19. — Desquamation généralisée.

Du 15 au 30 juin, 15 jours d'apyrexie complète.

30 juin. — Le matin la malade se plaint de coliques. Pas de céphalalgie. Pas de vomissements. Pas d'inappétence.

Le soir la température monte brusquement à 40° sans s'y maintenir. La période fébrile dure quatre jours et l'apyrexie est complète le 4. Le malade entre en convalescence et sort de l'hôpital, guéri, le 18 juillet.

OBSERVATION XXV

Rechute double.

Hôpital Trousseau. Salle Barrier. Lit n° 2.

B.... Albert, âgé de treize ans. Entré le 24 septembre.

Antécédents héréditaires. — Le père est bien portant. La mère est morte il y a douze ans d'un cancer de l'utérus. Une sœur du malade est morte à l'âge de trois mois ; un de ses frères a une coxalgie, un autre est bien portant.

Antécédents personnels. — L'enfant n'a jamais été malade.

Commémoratifs. — Depuis un mois il était souffrant, se plaignait de maux de tête, de maux de gorge et saignait souvent du nez. Il y a six jours l'état s'aggrave ; l'enfant s'est mis au lit avec une fièvre intense, il a eu de la diarrhée et du délire pendant la nuit. Les douleurs de tête sont de plus en plus intolérables ; le ventre devient douloureux à son tour. Les jambes sont lourdes. Il n'y a pas eu de vomissements. La toux est presque nulle.

Le 25 septembre. — A son entrée à l'hôpital la malade a une température de 39°5 et 110 pulsations.

La langue est rôtie, les dents fuligineuses. A la palpation de l'abdomen, on sent du gargouillement. La diarrhée est légère. La poitrine ne présente rien d'anormal. Traitement, Bains froids.

Le lendemain la fièvre est tombée à 38°5, le pouls est à 100. Pendant les trois jours qui suivent, la température se maintient entre 39° et 40° : le pouls oscille entre 110 et 140.

Le 30 septembre. — La température est à 38°5 ; le 1^{er} octobre également. Le 2, on observe quelques sudamina. La température reste au-dessous de 39°.

Le 4 octobre. — La malade se plaint de douleurs à la région

anale. On constate en effet une hémorroïde enflammée sur laquelle on fait un pansement à l'onguent belladonné.

A partir du 6 octobre la défervescence matinale est presque complète, le pouls est à 72. Le malade va sensiblement mieux.

Le 9 octobre. — La température est à 37° et elle ne s'élève pas sensiblement dans la soirée. Le pouls est à 88. Arythmie.

Du 8 au 13. — Le malade va très bien, l'apyrexie est complète. 4 novembre elle est normale, apyrexie complète. Pendant cette période les sudamina ont été très abondants à l'hypogastre et au pas du côté gauche.

Du 4 au 18 novembre la température reste durant quatorze jours à 37° ; le malade va très bien. Il se fait une desquamation abondante.

Le 18. — La fièvre remonte à 38°6. L'enfant a mangé de la viande la veille.

Les 19 et 20. — La température s'élève rapidement et sans défervescence jusqu'à 40°. Le pouls est dicrote à 160.

Le 21. — Le malade est mis de nouveau aux bains à 30°.

Le 23 et le 24. — Défervescence marquée le matin ; épsitaxi ; les bains sont supprimés.

Le 25. — La fièvre oscille autour de 40°, le pouls est à 140, on remarque quelques taches rosées. 2 litres d'urine non albumineuse. Il se produit un écoulement par l'oreille gauche. On remarque aussi quelques sudamina.

Le 26. — La température n'atteint plus 40°. La quantité d'urine est la même.

Le 27. — L'urine explorée dépasse 2 litres la fièvre tend à diminuer encore.

Le 29. — La température est à 39° le pouls est à 130 ; on

sent des sudamina au cou, au thorax à l'abdomen, aux plis inguinaux. Polyurie.

Le 1^{er} décembre. — Tossille vers 38°; l'enfant a craché du sang. On constate un peu de congestion pulmonaire. Des ventouses sont appliquées immédiatement.

Le 10. — On constate de nouvelles hémorroïdes procidentes : mais elles ne saignent pas.

Le 13. — Survient un panaris à la dernière phalange de l'index droit. Aspect d'une tourniole mais prolongement profond, Incision et pansement humide. La température s'élève en même temps et atteint 38°.

Le 14. — On constate de nouveau des sudamina et le soir la température atteint 39°.

Les 15, 16 et 17. — Elle s'élève de plus en plus atteint et dépasse 40°. Le pouls est à 140°. La maladie a l'allure d'une véritable rechute.

Le traitement par les bains froids est institué de nouveau.

Le 19. — Le panaris va bien ; bains locaux antiseptiques chaque matin. La température se maintient à 40°.

Le 20. — Des abcès tubéreux surviennent à la marge de l'anus. Le malade se plaint que les bains sont trop froids ; on porte à 30° leur température.

Le 23. — Le panaris est complètement guéri. Mais on remarque en même temps des taches rosées sur l'abdomen, la langue est sèche, les dents fuligineuses.

Le 26. — Première défervescence de la fièvre le pouls à 135.

Les jours suivants la température s'abaisse régulièrement et le

Le 3 décembre. — La fièvre a diminué encore 37°6. L'enfant va mieux ; il ne crache plus de sang. L'urine est toujours très

abondante (3 litres 800 en 24 heures ; 18 gr. d'urée, pas de sucre ni d'albumine).

Le 5. — 3 litres 1,2 d'urine. La fièvre a complètement cessé. (T. 37°).

Le 7. — L'enfant urine 4 litres. Le 9 également.

Le 11. — On prescrit des pilules d'ergotine 3 par jour.

Ergotine. 0,10 cent.

Sulf. de quinine. . 0,10.

Sulf. de strychnine. 0,001.

Les jours suivants le malade prend 4 pilules par jour puis 3. La quantité d'urine descend graduellement à 3 litres puis à 2 litres.

OBSERVATION XXVI

Le 21. — Le malade sort de l'hôpital il est complètement guéri.

Emma B... 13 ans. Entre le trois novembre 1896, salle de Chaumont, lit n° 40.

N'ayant pas une observation très complète nous nous contenterons de rapporter la marche de la maladie d'après la courbe thermique.

Le 4. — Température 40° pouls 108. Eruption de taches rosées.

La température se maintient à 48° jusqu'au 7 novembre puis on commence la défervescence qui se fait un lysis et complète le 19 (37°).

Le 19 novembre. — Rechute subintrante. La courbe atteint 40° le 23 s'y maintient trois jours et redescend en lysis. Grandes oscillations. Défervescence complète le 6 décembre.

Du 6 au 20 décembre. — Période d'apyrexie normale.

Le 20 décembre. — Ascension brusque à 38, 39, 40° le 22. Taches rosées. Puis la défervescence se produit. 39° le 24. 38° le

26, 37° le 29. Le malade entre en convalescence et sort guérie le 22 janvier 1897.

OBSERVATION XXVII

Rechute double.

H..., Fernand, 5 ans 1/2, 21 septembre 1896. Salle Barrier, Lit n° 30.

Antécédents héréditaires. — Mère bien portante, nerveuse. Père sujet aux migraines. Une sœur plus jeune que le malade a eu le croup en juillet. Une autre sœur a eu des convulsions. Une autre se porte bien.

Antécédents personnels. — Né à terme. Nourri au sein par sa mère. Sevré à 18 mois. Première dent 8 mois. Marche à 13 mois. Rougeole il y a 7 mois.

La maladie actuelle a débuté par des frissons, il y a huit jours et l'enfant s'est alité. Depuis deux jours toux, diarrhée jaune. Pas d'épistaxis. Un vomissement. Céphalalgie.

Le 22 septembre. — Température 40°. Pouls 120. Pas de taches rosées. Décubitus en chien de fusil. Langue saburrale. Gargouillements dans la fosse iliaque. Céphalalgie. Rien au cœur. 32 respirations par minute. Sibilance dans les bronches. Souffle au sommet gauche en arrière.

Le 23. — La température atteint 40°3. Le pouls est à 120. La défervescence commence le 27 et se fait en lysis. Sudamina le 2 octobre. Apyrexie complète le 5 octobre.

Du 5 au 8 quatre jours d'apyrexie. Pouls faible à 96.

Le 9 octobre. — Température 40° le soir. Pouls 136. Rechute

sans cause alimentaire. On combat la constipation par des lavements glycéринés.

Le 12 octobre. — Température toujours à 40°. Pouls rapide et faible (140). On combat l'abattement par une potion de Todd.

Le 10 octobre. — Température 39°. Au sudamina a succédé une desquamation scarlatiniforme.

Le 19. — Faiblesse extrême. Pouls 138 très faible.

Température soir 38.5.

Le 22. — Le thermomètre marque la normale 37°. Pouls misérable. Il s'est formé un abcès gros comme une noisette dans la fosse temporale droite. Le malade demande à manger.

Du 22 octobre au 4 novembre, treize jours d'apyrexie complète.

Le 3 novembre. — Desquamation en larges plaques sur tout le corps.

Le 3. — La fièvre monte brusquement à 40°. On remet le malade qui commençait à manger des soupes et potages au régime lacté absolu.

Le 7. — La fièvre continue. L'enfant reprend la position du décubitus en « chien de fusil ». Il est triste et ne répond pas aux questions qu'on lui adresse.

Le 9. — La température commence à baisser (39°) atteint 37°6 le 11 et 37° le 15.

Le 16. — Eruption de Sudamina au cou.

Le 20. — Desquamation, le malade entre en convalescence.

OBSERVATION 28

Rechute double.

L..., Adèle, 10 ans 1/2 27 août 1896. Salle Blache lit : 27.

Parents bien portants. Trois frères bien portants.

Enfant venu à terme. Nourri au sein par sa mère jusqu'à 14 mois. Première dent à quatre mois, marche à 9 mois, santé bonne.

Le 20 août. — Elle a été prise subitement d'un malaise général : perte d'appétit, selles normales, deux épistaxis très abondantes. Le 23 elle a été purgée avec de l'huile de ricin. Le 26 état aggravé. Délire, beaucoup de fièvre. Vomissements, selles normales. Elle entre à l'hôpital le 27.

28 août. — Température 39°6. Pouls 104. Nombreuses taches rosées sur l'abdomen. La fièvre évolue normalement.

Déferescence en lysis. Température à 37°5 le 5 septembre.

Le 6. — Au soir, la température remonte à 39°4 pour atteindre 40° le 7, 40°5, le 10, 40°8 le 13 pouls à 120.

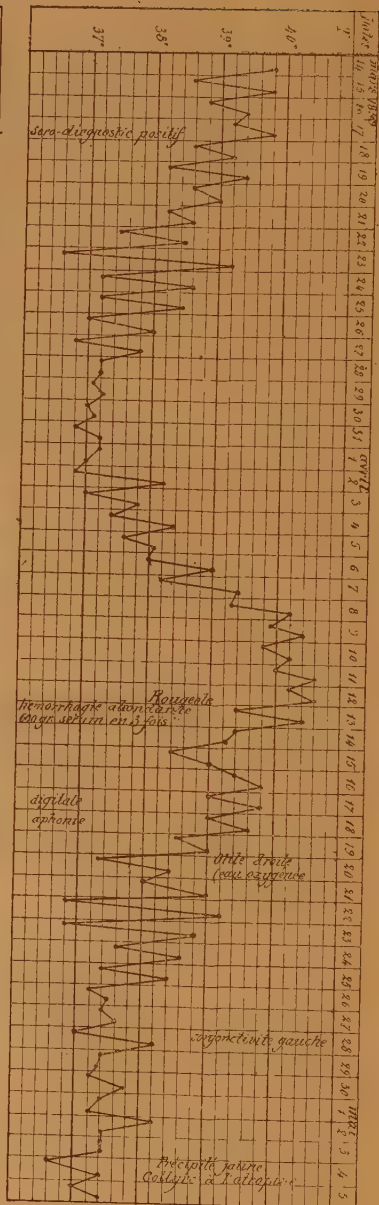
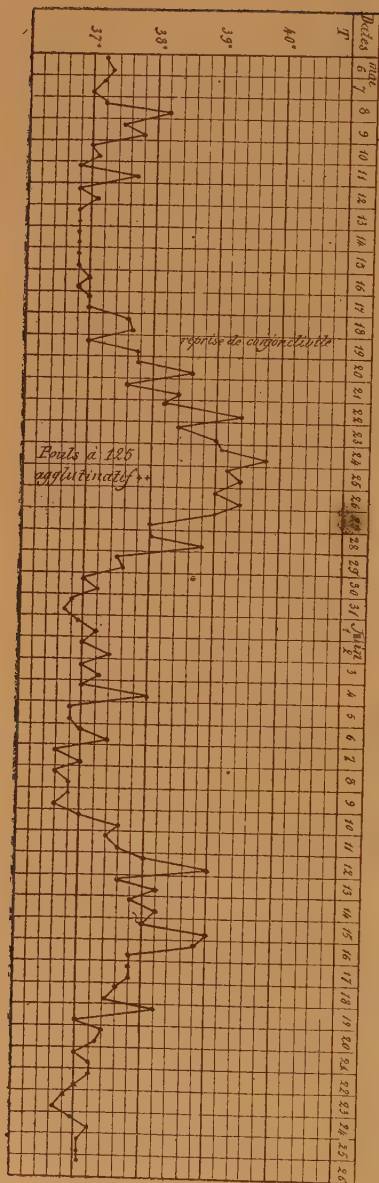
Le 17. — Le séro-diagnostic de M. Vidal donne un résultat positif. La défervescence qui a commencé le 16, 40° se fait en lysis et atteint 37° le 23.

On continue le régime des potages et du lait.

Du 23 au 30. — Sept jours d'apyrexie.

Le 30. — Au soir la température monte à 39°6 pour atteindre 40° le 31 et redescendre à la normale le 4.

L'enfant entre en convalescence.



OBSERVATION XXIX

Rechute sextuple.

Nous publions la courbe de cette observation. (Courbe 7) (et rapportons ce que dit M. le D^r Comby à la Société de Pédiatrie).

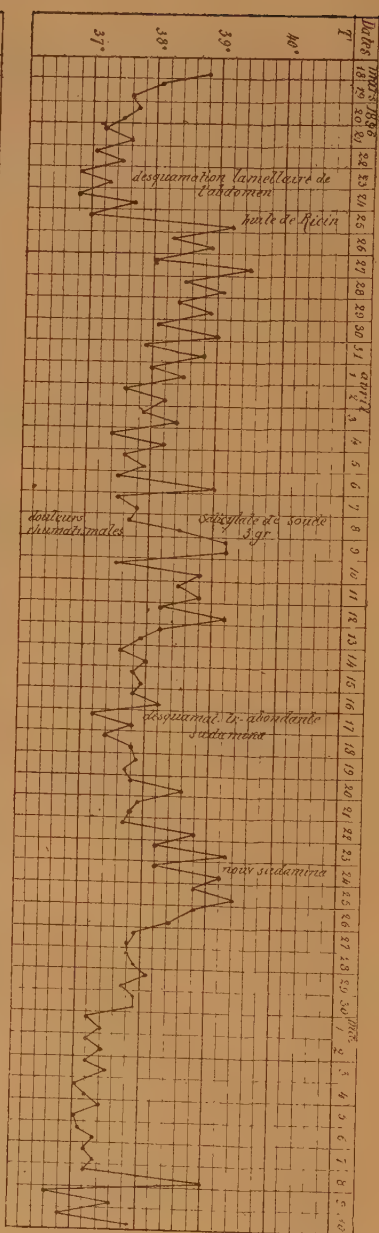
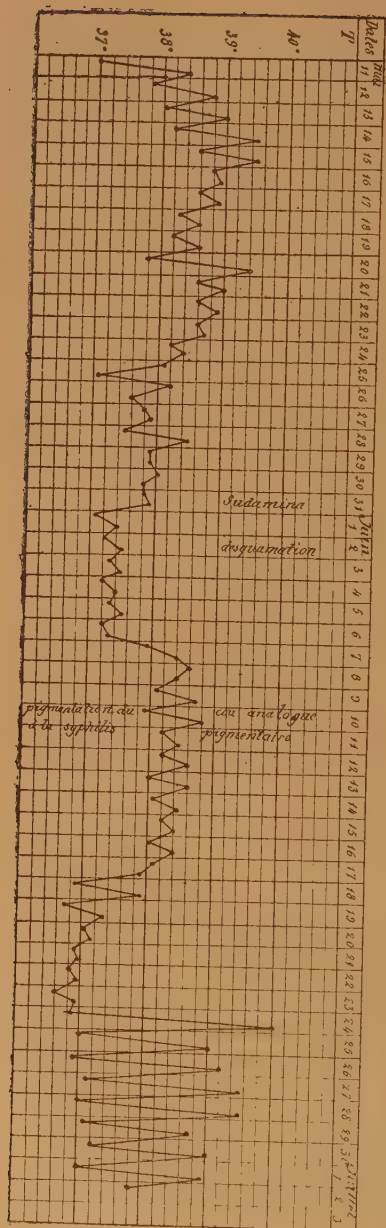
« Jeune fille de 14 ans, entrée à l'hôpital Trousseau le 18 mars
« 1896, vers le onzième jour d'une fièvre typhoïde qui semblait
« bénigne. Et en effet, la défervescence commençait à se pro-
« noncer le lendemain et la température tombait au-dessous de
« 37° le seizième jour de la maladie. On pouvait croire à une
« fièvre typhoïde abortive. Le dix-huitième jour, ascension brus-
« que à 39° 2 : C'est le début de la première rechute qui dura
« deux semaines ; puis une deuxième rechute subintrante, sui-
« vie d'une troisième, d'une quatrième, d'une cinquième et d'une
« sixième (en tout sept petites fièvres typhoïdes superposées les
« unes aux autres chez le même sujet). L'enfant a gardé le lit jus-
« qu'au mois de juillet, la fièvre typhoïde à rechute sextuple ayant
« duré 120 jours. Mais finalement l'enfant a guéri.

OBSERVATION XXX

O. B. Alice, 14 ans. Hôpital Trousseau. Salle Blanche, n° 8.
L'observation recueillie étant incomplète, nous nous contenterons d'interpréter la courbe.

L'enfant entre dans le service le 18 mars 1896, avec 39°.

La courbe tombe rapidement, en même temps qu'on constate une desquamation lamellaire de l'abdomen qui préconise une nouvelle rechute.



La période des grandes oscillations commence la température vespérale descendant graduellement pour remonter subitement faire une sorte de plateau et évoluer autour de 38° pour remonter bientôt jusqu'à $39^{\circ} 5$ et retomber brusquement à 37° .

Le 8 mai. — Nouvelle ascension brusque suivie d'une rapide défervescence. La courbe alors remonte en échelle et descend en lysis avec des alternatives de plateau pour retomber enfin à $37^{\circ} 5$ puis nouvelle rechute rapide, plateau et chute brusque, nouveau plateau au dessous de 37° et enfin période de grandes oscillations.

Vu par le Président de la thèse,
GRANCHER

Vu : le Doyen,
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD

